

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی - درمانی قزوین

پایان نامه جهت دریافت درجه دکترای حرفه‌ای (پزشکی)

عنوان:

**ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌های تحصیلی مقطع
تخصص مورد علاقه کارورزان رشته پزشکی عمومی**

استاد راهنما:

دکتر سیدمحسن ضمیر

استاد مشاور:

دکتر زهره یزدی

دانشجو:

رویا حسن‌پور

زمستان ۱۳۹۴

شماره پایان نامه: ۱۱۱۸

از تمامی کسانی که در انجام این امر، مرا یاری کرده اند

نهایت تقدیر و تشکر را دارم.

تقدیم به

همسر عاشق و مهربانم

و مادر مهربان و صبورم

فهرست مطالب

فصل اول: کلیات.....	۱
۱-۱- مقدمه.....	۲
۲-۱- بیان مسئله.....	۳
۳-۱- تعریف واژه‌ها.....	۵
۴-۱- اهداف بررسی.....	۵
۱-۴-۱- هدف کلی.....	۵
۲-۴-۱- اهداف اختصاصی.....	۵
۵-۱- فرضیات یا سوالات تحقیق.....	۶
فصل دوم: بررسی متون و مقالات.....	۷
۱-۲- تعریف شخصیت.....	۸
۲-۲- اهمیت شخصیت.....	۹

- ۳-۲- عوامل موثر در شکل‌گیری شخصیت ۹
- ۱-۳-۲- عامل ژنتیکی ۱۰
- ۲-۳-۲- عامل محیطی ۱۰
- ۳-۳-۲- عامل یادگیری ۱۲
- ۴-۳-۲- عامل والدین ۱۲
- ۵-۳-۲- عامل رشد ۱۳
- ۴-۲- دیدگاه‌ها در رابطه با شخصیت ۱۴
- ۱-۴-۲- دیدگاه‌های روان‌پویایی ۱۴
- ۲-۴-۲- دیدگاه شناختی ۱۴
- ۳-۴-۲- دیدگاه رفتاری ۱۵
- ۴-۴-۲- دیدگاه انسان‌گرا ۱۵
- ۵-۴-۲- دیدگاه‌های صفات ۱۵
- ۵-۲- نظریه‌های شخصیت ۱۶
- ۱-۵-۲- فروید ۱۶
- ۲-۵-۲- هری استاک سولیوان ۱۷
- ۳-۵-۲- گاردنر مورفی ۱۷
- ۴-۵-۲- گوردون آلپورت ۱۸
- ۵-۵-۲- اریک فروم ۱۸
- ۶-۵-۲- نظریه شخصیت یونگ ۱۸

۲۱	۲-۵-۷- نظریه‌ی هانس آیزنک.....
۲۳	۲-۵-۷-۱- برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی.....
۲۴	۲-۵-۷-۲- روان‌رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی.....
۲۵	۲-۵-۷-۳- روان‌پریش‌خویی در برابر کنترل تکانه.....
۲۵	۲-۵-۷-۴- نقش اصلی وراثت.....
۲۶	۲-۵-۷-۵- ثبات عوامل.....
۲۶	۲-۵-۷-۶- همبستگی‌های هیجانی و رفتاری.....
۲۷	۲-۶- مروری بر مطالعات گذشته.....
۳۱	فصل سوم: مواد و روش‌ها.....
۳۲	۳-۱- نوع مطالعه.....
۳۲	۳-۲- جمعیت مورد مطالعه و حجم نمونه.....
۳۲	۳-۳- روش گردآوری اطلاعات.....
۳۳	۳-۴- معیارهای ورودی و خروجی مطالعه.....
۳۳	۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی آماری.....
۳۴	۳-۶- ملاحظات اخلاقی.....
۳۴	۳-۷- محدودیت‌های اجرایی طرح.....
۳۴	۳-۸- متغیرهای مطالعه.....
۳۶	فصل چهارم: نتایج.....
۳۷	۴-۱- میزان مشارکت دانشجویان مقطع کارورزی در مطالعه.....

۳۸	۴-۲- توزیع جنسی و میانگین سنی افراد مورد مطالعه.....
۳۹	۴-۳- توزیع افراد مورد مطالعه از لحاظ وضعیت تاهل.....
۴۰	۴-۴- فروانی رشته‌های مورد علاقه‌ی افراد مورد مطالعه.....
۴۲	۴-۵- رابطه‌ی جنسیت با رشته‌های مورد علاقه.....
۴۴	۴-۶- نمره افراد مورد مطالعه در سه تیپ شخصیتی آیزنک.....
۴۵	۴-۷- رابطه‌ی بین تیپ‌های شخصیتی و جنسیت.....
۴۶	۴-۸- رابطه‌ی بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌ی مورد علاقه.....
۵۱	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری.....
۵۲	۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری.....
۵۶	۵-۲- نتیجه‌گیری نهایی.....
۵۷	۵-۳- محدودیت‌های پژوهش.....
۵۸	۵-۴- پیشنهادها.....
۵۹	فهرست منابع و مراجع.....

فهرست جداول

جدول ۱-۲: صفات ابعاد شخصیت آیزنک	۲۳
جدول ۱-۳: متغیرهای مطالعه	۳۵
جدول ۱-۴: میزان مشارکت دانشجویان مقطع کارورزی در مطالعه	۳۷
جدول ۲-۴: توزیع جنسی افراد مورد مطالعه	۳۸
جدول ۳-۴: توزیع دانشجویان کارورزی از لحاظ وضعیت تاهل	۳۹
جدول ۴-۴: فروانی رشته‌های مورد علاقه‌ی کارورزان مورد مطالعه	۴۰
جدول ۵-۴: فروانی رشته‌های مورد علاقه‌ی کارورزان مورد مطالعه به تفکیک جنسیت	۴۲
جدول ۶-۴: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک	۴۴
جدول ۷-۴: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک جنسیت	۴۵
جدول ۸-۴: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک	۴۶
جدول ۹-۴: نتایج آزمون ANOVA برای بررسی رابطه‌ی بین روان‌پریشی و	۴۸

جدول ۴-۱۰: نتیجه‌ی بررسی یکنواختی واریانس‌ها در بررسی رابطه‌ی بین ۴۸

جدول ۴-۱۱: نتیجه‌ی آزمون Dunnett به منظور مقایسه‌ی دو به دوی رشته‌های مورد علاقه ۴۸

جدول ۴-۱۲: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک ۵۰

ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌های تحصیلی مقطع تخصصی مورد علاقه کارورزان رشته

پزشکی عمومی

چکیده

مقدمه: آموزش پزشکان در مقطع تخصصی به عنوان یکی از مهمترین افرادی که به طور مستقیم با جان انسان‌ها و سلامتی جامعه سروکار دارند، سهم بسزایی در رشد و توسعه‌ی نظام سلامت کشور دارد. از آنجا که علاقه‌مندی به حرفه یکی از مهمترین پیش شرط‌های آرایه خدمات با کیفیت مناسب به بیماران می‌باشد، هدایت صحیح فارغ‌التحصیلان پزشکی به مقطع تخصص و کمک به افزایش نزدیکی و ارتباط میان علایق و رشته‌ی تحصیلی افراد می‌تواند از هدر رفتن استعداد و منابع ملی جلوگیری کند. از این رو مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌های تحصیلی مقطع تخصصی مورد علاقه کارورزان رشته پزشکی عمومی دانشگاه قزوین در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: در این تحقیق که از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) بود، جامعه‌ی آماری عبارت بود از همه‌ی دانشجویان رشته‌ی پزشکی دانشگاه قزوین که در زمان اجرای تحقیق در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در دوره‌ی کارورزی بودند و تمایل برای شرکت در مطالعه داشتند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و اطلاعات عمومی شامل (سن، جنس، نمره علوم پایه، وضعیت تاهل، و سطح تحصیلات والدین)، رشته مورد علاقه جهت تحصیل در مقطع تخصص، و تیپ‌های شخصیتی آنها توسط پرسشنامه اطلاعات عمومی و پرسشنامه اصلاح شده شخصیتی آیزنک (EPQ-RS) جمع‌آوری شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدگذاری شده و وارد رایانه شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از ۶۵ دانشجوی مشغول به تحصیل در مقطع کارورزی، ۵۴ نفر (۸۳/۱٪) در طرح شرکت کردند. ۳۸ نفر از آنان (۷۰/۴ درصد) مونث و ۱۶ نفر (۲۶/۶ درصد) مذکر بودند و میانگین سنی کلی کارورزان، $24/67 \pm 1/35$ سال بود. ۵ رشته‌ی پر طرفدار برای ادامه‌ی تحصیل عبارت بودند از: قلب و عروق (۲۰/۴٪)، مغز و اعصاب (۱۱/۱ درصد)، چشم (۱۱/۱ درصد)، جراحی مغز و اعصاب (۹/۳ درصد)، و جراحی عمومی (۷/۴ درصد). بین رشته مورد علاقه و جنسیت تفاوت آماری معنادار وجود نداشت ($P=0.286$). دانشجویان نمرات بالاتری در مقیاس برون‌گرایی نسبت به دو مقیاس روان‌رنجوری، و روان‌پریشی کسب کردند. نمرات دانشجویان پسر در هر سه مقیاس بیشتر از نمرات دانشجویان دختر بود ولی این اختلاف معنادار نبود. بالاترین نمره در مقیاس روان‌پریشی، روان‌رنجوری، و برون‌گرایی به ترتیب مربوط به دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در رشته‌های طب اورژانس، ENT و جراحی سر و گردن، و جراحی عمومی بود. دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌های مختلف از لحاظ دو مقیاس روان‌رنجوری و برون‌گرایی با یکدیگر تفاوتی نداشتند ($P>0.05$) ولی از لحاظ مقیاس روان‌پریشی با یکدیگر تفاوت آماری معنادار داشتند ($P=0.019$). آزمون Dunnett نشان داد که اختلاف مذکور در مقیاس روان‌پریشی، بین دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌ی طب اورژانس با دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌ی زنان و زایمان ($P=0.030$) و رشته‌ی داخلی ($P=0.028$) بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد که دانشجویان علاقه‌مند به طب اورژانس در مقایسه با دانشجویان علاقه‌مند به زنان و زایمان و داخلی به طور قابل توجهی دارای نمرات بالاتری در مقیاس روان‌پریشی بودند.

واژه‌های کلیدی: شخصیت، رشته مورد علاقه، تخصص پزشکی، دانشجوی کارورزی پزشکی عمومی.

فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه

به طور کلی، نیروی انسانی کارآمد، علاقه‌مند و متعهد در تمام رشته‌ها نقش اساسی در ارتقای سطح سلامتی جامعه ایفا می‌کند [۱]. از طرفی با توجه به این که یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در امر کارآمدی و موفقیت نیروی انسانی، علاقه‌مندی و رضایت وی از رشته‌ی تحصیلی است؛ توجه به این موضوع باید در صدر اولویت‌های برنامه‌ریزی آموزشی قرار گیرد [۲]. مطالعات نشان داده‌اند که میزان مشروط شدن در دانشجویانی که رضایت کمتری از رشته تحصیلی خود دارند، بیشتر است [۳]. بین میزان رضایت رشته‌ی تحصیلی و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان ارتباط وجود دارد [۴]. همچنین، رضایت از رشته‌ی تحصیلی با رضایت و بهره‌وری شغلی در آینده نیز رابطه‌ی مستقیم دارد و از این رو دارای جایگاه ویژه‌ای در مطالعات مدیریت منابع انسانی می‌باشد [۵].

از عواملی که به نظر می‌رسد تأثیر مهمی بر انتخاب رشته‌ی تحصیلی افراد داشته باشد، ویژگی‌های شخصیتی افراد است [۶]. هر یک از تیپ‌های شخصیتی، دارای علائق، صلاحیت‌ها و حالات مزاجی متفاوتی هستند و ذخایر خاصی از نگرش‌ها و مهارت‌ها را در جهت غلبه بر مشکلات و وظایف محیطی دارند. تیپ‌های مختلف مایل‌اند که خود را با افراد و موضوعات مخصوصی احاطه کنند و در جستجوی مسائلی هستند که با علائق، صلاحیت‌ها و طرز تفکرشان متجانس باشد [۷]. افراد در صورتی که بتوانند با توجه به ویژگی‌های شخصیتی خویش، رشته‌ی تحصیلی را انتخاب کنند، می‌توانند با حسن سلوک و بردباری و بدون تحمل فشار روانی زیاد به تحصیل یا ادامه‌ی تحصیل پردازند و بیشتر مثمر ثمر باشند [۸].

با توجه به حساسیت شغلی بسیار بالای رشته‌ی پزشکی و بویژه پزشکان متخصص، به دلیل ارتباط مستقیم با جان انسان‌ها و سلامتی جامعه، اهمیت انتخاب صحیح رشته‌ی تحصیلی در آنها دو چندان می‌شود و هر عاملی که بتواند این انتخاب را بهبود دهد از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا با توجه به

اهمیت موضوع و نظر به این که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه‌ی موضوع پیشنهادی در سطح استان انجام نشده است، این مطالعه با هدف ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌های تحصیلی مقطع تخصصی مورد علاقه کارورزان رشته پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۴ طراحی و اجرا شد.

۱-۲- بیان مسئله

انتخاب رشته در هر یک از مقاطع تحصیلی به عنوان یکی از مهم‌ترین تصمیمات هر فرد در طول زندگی‌اش مطرح است. با انتخاب یک رشته تحصیلی، فرد باید هزینه و وقت زیادی را صرف آموزش بنماید. از طرفی بررسی‌ها نشان داده است که بعد از اتمام تحصیل معمولاً تغییر رشته به ندرت و با صرف هزینه و وقت زیاد امکان پذیر هست، از این رو انتخاب رشته تحصیلی در تمام مقاطع تحصیلی باید با دقت و تأمل بیشتری انجام شود [۹].

در این میان، انتخاب رشته‌های مرتبط با علوم پزشکی از جمله خود رشته‌ی پزشکی که با سلامت انسان‌ها مرتبط می‌باشد، باید با دقت بیشتری انجام شود. چرا که علاقه‌مندی به حرفه یکی از پیش شرط‌های ارایه خدمات با کیفیت مناسب به بیماران می‌باشد. دانشجویان پزشکی در پایان دوره‌ی هفت ساله تحصیل در این رشته، جهت ارتقای تحصیلی و کسب مدارک تخصصی نیازمند انتخاب یکی از رشته‌های موجود هستند. از مهمترین عوامل موثر در انتخاب رشته تخصصی پزشکان که در مطالعات قبلی انجام گرفته در داخل کشور به آنها اشاره شده است می‌توان به مواردی چون علاقه به کمک به مردم، محتوای علمی رشته تخصصی، تنوع در تشخیص و درمان، فراهم بودن امکان پژوهش، عدم وجود استرس، ترغیب دیگر دانشجویان/دستیارها، درآمد مناسب، پرستیژ، و آسان بودن دوره اشاره کرد [۱۰].

از عوامل دیگری که به نظر می‌رسد تأثیر مهمی بر انتخاب رشته‌ی تحصیلی افراد مختلف داشته باشد، ویژگی‌های شخصیتی افراد است. شخصیت از دیدگاه‌های گوناگونی مورد توجه قرار گرفته است، یکی از آن‌ها، دیدگاه آیزنک است. بر اساس دیدگاه آیزنک، تفاوت‌های فردی با فعالیت دو محور عصبی یعنی حلقه قشری-شبکه‌ای و حلقه احشایی-قشری مرتبط است. حساسیت و کنش‌وری حلقه قشری-شبکه‌ای زیربنای عصب شناختی بعد برون‌گرایی/درون‌گرایی را تشکیل می‌دهد. این حلقه در افراد برون‌گرا در مقایسه با افراد درون‌گرا، فعالیت و کنش کم‌تری نشان می‌دهد [۱۱]. از آن جا که سطح پایین برانگیختگی قشری از لحاظ ذهنی خوشایند است، پس می‌توان استنتاج کرد که خصیصه برون‌گرایی با هیجان‌های مثبت در ارتباط است. در الگوی شخصیتی آیزنک حلقه احشایی-قشری پاسخ‌های هیجانی ذهنی و خودکار را کنترل می‌کند. سه بعد شخصیت از نظر آیزنک عبارتند از: برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی (E)، روان‌رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی (N)، و روان‌پریش‌خویی در برابر کنترل تکانه (P) [۱۲].

در کنار مطالب مطرح شده، بهتر است اشاره شود که در سال‌های اخیر در دنیا تغییرات اساسی در نحوه‌ی پذیرش دانشجویان پزشکی در مقاطع مختلف رخ داده است، به طوری که هم اکنون به صورت گسترده این اصل پذیرفته شده است که ورود به دانشکده پزشکی در سطوح مختلف نباید تنها براساس معیارهای علمی باشد و در بسیاری دانشکده‌های پزشکی معتبر، پذیرش دانشجو بر اساس سنجش ویژگی‌های شخصیتی در کنار توانمندی‌های علمی فرد انجام می‌گیرد، از طرفی متناسب بودن ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی شرکت‌کننده‌ها با اهداف حرفه‌ای و مسئولیت‌های سازمانی آنان نیز از ملزومات ورود به رشته تلقی می‌گردد [۱۳-۱۶].

با توجه به مطالب فوق‌الذکر و با توجه به اینکه مطالعات خیلی محدودی در مورد ارتباط تیپ‌های شخصیتی با رشته‌ی مورد علاقه در مقطع تخصصی در کشور انجام گرفته است و با توجه به اینکه به طور کلی دانستن عوامل موثر بر انتخاب رشته و عوامل مرتبط با آنها از یک طرف می‌تواند به خود

دانشجویان در جهت انتخاب رشته‌ی تحصیلی متناسب با خصوصیات فردی کمک کند و از طرف دیگر می‌تواند به مسئولین مربوطه در تعیین راهبردهای مناسب برای ایجاد تغییرات مورد نظر کمک‌کننده باشد، تصمیم بر آن شد تا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌های تحصیلی مقطع تخصصی مورد علاقه کارورزان رشته پزشکی عمومی انجام گیرد.

۱-۳- تعریف واژه‌ها

تعریف مفهومی شخصیت: به مجموعه ویژگی‌های جسمی و روانی و رفتاری گفته می‌شود که هر فرد را از دیگری متمایز می‌کند. شخصیت را به عنوان الگوی منحصر به فرد و نسبتاً پایدار، افکار، احساس‌ها و اعمال نیز تعریف می‌کنند [۱۱].

تعریف عملیاتی شخصیت: در این پژوهش شخصیت از طریق آزمون شخصیتی آیزنک نسخه‌ی کوتاه شده که دارای ۴۸ سؤال است سنجیده می‌شود و ویژگی‌های برون‌گرایی (E)، روان‌رنجورخویی (N)، و روان‌پریش (P) از آن استخراج می‌شود [۱۷، ۵۳].

۱-۴- اهداف بررسی

۱-۴-۱- هدف کلی

تعیین ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌های تحصیلی مورد علاقه کارورزان رشته پزشکی عمومی

۱-۴-۲- اهداف اختصاصی

۱. تعیین توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر برخی از متغیرهای عمومی مثل سن، جنس، و وضعیت تاهل.

۲. تعیین توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر رشته‌ی مورد علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع

تخصص

۳. تعیین توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر تیپ‌های شخصیتی براساس پرسشنامه‌ی اصلاح

شده شخصیتی آیزنک

۴. تعیین ارتباط بین جنسیت با رشته‌ی مورد علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص

۵. تعیین ارتباط بین تیپ‌های شخصیتی دانشجویان دوره‌ی کارورزی پزشکی عمومی با رشته‌ی

مورد علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص

۱-۵- فرضیات یا سوالات تحقیق

۱. توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر برخی از متغیرهای عمومی مثل سن، جنس، و وضعیت

تاehl چگونه است؟

۲. توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر رشته‌ی مورد علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع

تخصص چگونه است؟

۳. توزیع دانشجویان مورد مطالعه از نظر تیپ‌های شخصیتی براساس پرسشنامه‌ی اصلاح شده

شخصیتی آیزنک چگونه است؟

۴. آیا بین جنسیت با رشته‌ی مورد علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص ارتباط وجود

دارد؟

۵. آیا بین تیپ‌های شخصیتی دانشجویان دوره‌ی کارورزی پزشکی عمومی با رشته‌ی مورد علاقه

برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص ارتباط وجود دارد؟.

فصل دوم: بررسی متون و مقالات

۲-۱- تعریف شخصیت

لغت شخصیت، ریشه در لاتین دارد؛ این کلمه در لاتین به نقاب یا ماسکی گفته می‌شود که بازیگران تئاتر در یونان قدیم به صورت خود می‌زدند. به مرور، معنای آن گسترده‌تر شد و نقشی را که بازیگر، ایفا می‌کند را در برگرفت. بنابراین مفهوم اصلی و اولیه شخصیت، تصویری صوری و اجتماعی است و براساس نقشی که فرد در جامعه بازی می‌کند، ترسیم می‌شود. یعنی در واقع، فرد به اجتماع خود شخصیتی ارائه می‌دهد که جامعه براساس آن، او را ارزیابی می‌نماید [۱۸]. شخصیت را براساس صفت بارز یا مسلط و یا شاخص فرد نیز تعریف کرده‌اند و بر این اساس است که فرد را دارای شخصیت برون‌گرا یا درون‌گرا و یا پرخاشگر و امثال آن می‌دانند. نظری اجمالی به تعاریف شخصیت، نشان می‌دهد که تمام معانی شخصیت را نمی‌توان در یک نظریه‌ی خاص یافت. بلکه در حقیقت، تعریف شخصیت بستگی به نوع نظریه‌ی هر دانشمند دارد. برای مثال کارل راجرز شخصیت را یک خویشتن سازمان یافته دائمی می‌داند که محور تمام تجربه‌های وجودی ماست یا آلپورت از شخصیت به عنوان یک مجموعه عوامل درونی که تمام فعالیت‌های فردی را جهت می‌دهد نام می‌برد. جورج کلی یکی از روانشناسان شناختی، روش خاص هر فرد را در جستجو برای تفسیر معنای زندگی، شخصیت می‌داند و یا فروید عقیده دارد که شخصیت از نهاد، خود و فراخود ساخته شده است. برداشت‌های متفاوت از مفهوم شخصیت به وضوح نشان می‌دهد که معنای شخصیت در طی تاریخ بسیار گسترده‌تر از مفهوم تصویری صوری و اجتماعی اولیه آن شده است [۱۸].

در حال حاضر شخصیت به روند اساسی و مداوم درباره انسان، اطلاق می‌شود و تعریف آن، از دیدگاه هر دانشمند، یا هر مکتب و گروهی به نظریه یا تئوری خاص آنها بستگی دارد. لیکن یک تعریف نسبتاً جامع از شخصیت را می‌توان به صورت زیر ارائه کرد: شخصیت عبارت است از مجموعه‌ای سازمان

یافته و واحدی متشکل از خصوصیات نسبتاً پایدار و مداوم که در مجموع، یک فرد را از سایر افراد متمایز می‌کند [۱۹].

۲-۲- اهمیت شخصیت

برخی از روان‌شناسان، شخصیت را مهم‌ترین و اساسی‌ترین موضوع علم روان‌شناسی دانسته‌اند. آنان بر این باورند که موضوع‌های دیگر روان‌شناسی، مانند یادگیری، انگیزه، ادراک، تفکر، عواطف، احساسات و هوش، اجزای شخصیت را تشکیل می‌دهند [۲۰]. به طور کلی می‌توان گفت که با شناخت شخصیت:

۱. میل به حقیقت جویی در خویشتن بیشتر می‌شود و در واقع نوعی خود شناسی است؛
۲. با شناخت دیگران، موجب می‌شود که در ارتباط متقابل با آنان موضع گیری‌های مناسب و آگاهانه ایجاد شود؛

۳. به پیشگیری و درمان برخی ناهنجاری‌های اخلاقی کمک می‌کند؛
۴. با مطالعه‌ی موضوع شخصیت، می‌توان در شکل‌گیری شخصیت کودکان بیشتر تأثیر گذاشت و نیز این امکان فراهم می‌شود که راه‌های مناسبی را برای تربیت، هدایت، آموزش و حتی پیشگیری از برخی مسائل رفتاری و اخلاقی در پیش گرفت [۲۱].

۲-۳- عوامل موثر در شکل‌گیری شخصیت

در طول عمر انسان، عوامل متعددی در شکل‌گیری شخصیت او تأثیر دارند که می‌توان این عوامل را به صورت زیر بر شمرد: عوامل ژنتیکی، محیطی، یادگیری، والدین، رشد.

۲-۳-۱- عامل ژنتیکی

شواهد نیرومندی وجود دارد که برخی از صفات یا ابعاد شخصیت، ارثی هستند. برخی پژوهش‌ها دلالت بر این دارند که ژنتیک هم در تغییر موقعیت و هم در استواری شخصیت دخالت دارند. برای مثال در یک بررسی، مشاهده‌گر در دو موقعیت آزمایشگاهی شامل بازی آزاد سازمان یافته و اجرای آزمون، انطباق‌پذیری دوقلوهای نوباوه را درجه بندی کرد [۲۲]. در موقعیت‌های یاد شده، انطباق‌پذیری تا اندازه‌ای متفاوت بود، اما دوقلوهای همسان در مقایسه با دوقلوهای ناهمسان به شیوه‌های مشابه‌تری تغییر یافتند، که این مشاهده دلالت بر این دارد که ژنتیک در تغییر و هم چنین تداوم این ویژگی شخصیت در موقعیت‌های گوناگون نقش دارد. در یک بررسی روی دوقلوها با استفاده از یک پرسشنامه برای سنجش شخصیت در موقعیت‌های گوناگون معلوم شد که عوامل ژنتیکی در تغییرات شخصیتی در موقعیت‌های مختلف نقش دارند [۲۳].

۲-۳-۲- عامل محیطی

هر نظریه‌پرداز شخصیتی قبول دارد که شخصیت تحت تأثیر محیط اجتماعی قرار دارد. آدلر درباره اهمیت ترتیب تولد اعلام داشت که شخصیت افراد تحت تأثیر موقعیت وی در خانواده قرار دارد. او به این نکته پرداخت که چگونه محیط اجتماعی که با آن مواجه هستیم در اثر ترتیب تولد و تفاوت سنی موجود فرق می‌کند. از دید آدلر این محیط‌های متفاوت خانه می‌تواند موجب شخصیت‌های متفاوت شود. هورنای اعتقاد داشت که فرهنگ و دوره‌ای که در آن پرورش می‌یابیم می‌توانند شخصیت‌های متفاوتی را به وجود آورند. هورنای هم چنین به محیط‌های اجتماعی بسیار متفاوتی اشاره کرد که پسرها و دخترها هنگام کودکی با آنها مواجه می‌شوند. او از احساس حقارت زنان در نتیجه شیوه برخورد با آنان در فرهنگ مردسالاری صحبت کرد. زنانی که در یک فرهنگ زن سالارانه پرورش می‌یابند، ممکن است

احساس بهتری نسبت به خود داشته و ویژگی‌های شخصیت متفاوتی پرورش دهند. فروم معتقد بود که افراد تحت تأثیر نیروها و رویدادهای تاریخی، و نوع جامعه‌ای که در آن قرار دارند، هستند. به اعتقاد وی هر دوره‌ای از تاریخ مانند قرون وسطی، رنسانس، اصلاح پروتستان و انقلاب صنعتی به شکل‌گیری تیپ‌های شخصیت یا منش متفاوت کمک کردند که با نیازهای آن دوره تاریخی تناسب داشته‌اند. آلپورت و کتل درباره اهمیت عامل محیطی توافق داشتند. آلپورت خاطر نشان کرد که اگر چه عوامل ژنتیکی مواد خام را برای شخصیت ما تأمین می‌کنند، این محیط اجتماعی است که مواد خام را به محصول پرداخت شده در می‌آورد. کتل معتقد بود که وراثت برای برخی از عوامل شخصیت مهم‌تر است اما محیط برای برخی دیگر اهمیت بیشتری دارد. او قبول داشت که عوامل محیطی در نهایت بر هر جنبه اثر می‌گذارد. اریکسون اظهار داشت که هشت مرحله رشد روانی - اجتماعی او فطری هستند، اما این که این مراحل تعیین شده به صورت ژنتیکی چگونه تحقق یابند، توسط محیط تعیین می‌شود. او هم چنین معتقد بود که عوامل اجتماعی و تاریخی بر شکل‌گیری هویت و بنابراین بر شخصیت تأثیر می‌گذارند. مزلو و راجرز معتقد بودند که خودشکوفایی فطری است، اما در عین حال قبول داشتند که عوامل محیطی می‌توانند رشد نیاز خودشکوفایی را بازداری یا به آن کمک کنند [۲۴].

رویدادهای اجتماعی مهم چون جنگ‌ها و رکودهای اقتصادی می‌توانند انتخاب‌های زندگی ما را محدود کنند و بر شکل‌گیری هویت ما تأثیر بگذارند. تغییرات عادی‌تر زندگی، مثل پدر یا مادر شدن، طلاق گرفتن، یا تغییر دادن شغل نیز می‌توانند شخصیت را تحت تأثیر قرار دهند. برای مثال، برخی از زنانی که فرزند دارند از زنانی که فاقد فرزند هستند، کمتر خویشتن‌پذیر و مردم‌آمیز می‌شوند. بعضی از زنانی که طلاق می‌گیرند افزایش بعدی رشد من نشان می‌دهند که نمونه قابل مقایسه زنانی که متأهل می‌مانند آن را نشان نمی‌دهند. افرادی که در مشاغل دشوار و شاق کار می‌کنند، اعتماد به خود و احساس کنترل بیشتری را از آنهایی که در مشاغل با دشواری کمتر کار می‌کنند نشان می‌دهند [۲۴].

۲-۳-۳- عامل یادگیری

شواهد قابل ملاحظه‌ای وجود دارد که یادگیری نقش عمده‌ای در تأثیرگذاری بر هر جنبه از رفتار ما ایفا می‌کند. تمام عوامل اجتماعی و محیطی که شخصیت را شکل می‌دهند این کار را توسط شیوه‌های یادگیری انجام می‌دهند. حتی جنبه‌های عمدتاً ارثی شخصیت می‌توانند توسط فرایند یادگیری تغییر کنند، مختل شوند، از رشد باز بمانند یا امکان شکوفا شدن بیابند. بندورا مفهوم یادگیری مشاهده‌ای را مطرح کرد، یعنی این عقیده که ما با مشاهده دیگران (الگوها) و از طریق تقویت جانشینی یاد می‌گیریم. راتر، رویکردی را به شخصیت معرفی کرد که عامل تعیین کننده اصلی در آن آموزش است. اسکینر بیان داشت که اغلب رفتارها آموخته شده است و عامل ژنتیکی تنها نقشی جزئی ایفا می‌کند [۲۵].

۲-۳-۴- عامل والدین

اگرچه فروید اولین نظریه پردازی بود که بر نقش عمده تأثیرات والدین در شکل‌گیری شخصیت تأکید کرد، تقریباً هر نظریه پرداز شخصیتی، دیدگاه‌های او را تکرار کرده‌اند. تمرکز آدمی را بر پیامدهای موجود برای کودکی که احساس می‌کند والدینش او را نمی‌خواهند یا طرد کرده‌اند به یاد بیاورید. این نوع طرد والدین به کمبود محبت و امنیت می‌انجامد که احساس بی‌ارزشی، خشم، و فقدان عزت نفس را برای شخص باقی می‌گذارد. هورنای در این باره اشاره کرد که کمبود صمیمیت و محبت والدین می‌تواند امنیت کودک را تضعیف کند و به احساس درماندگی بیانجامد. فروم اظهار داشت که هرچه کودک از پیوندهای اولیه با والدینش مستقل‌تر باشد، ناامن‌تر خواهد بود. آلپورت و کتل که کارشان بر پایه اهمیت صفات قرار داشت نیز تأثیر عامل والدین را تشخیص دادند. آلپورت رابطه کودک با مادر را منبع اصلی محبت و امنیت دانست، شرایطی که برای رشد بعدی شخصیت حیاتی هستند. کتل نوباوگی را دوره بسیار سازنده دانست، به طوری که رفتار والدین احساس امنیت کودک را شکل می‌دهند. اریکسون اعتقاد

داشت که رابطه کودک با مادر در اولین سال زندگی برای شکل‌گیری نگرش اعتماد نسبت به دنیا حیاتی است. راجرز درباره لزوم دادن توجه مثبت نامشروط به کودک توسط والدین صحبت کرد. در هر حال، رفتارهای والدین می‌توانند جنبه‌های خاص شخصیت، چون نیازهای پیشرفت، کارآیی شخصی، منبع کنترل و درماندگی آموخته شده یا خوشبینی را تحت تأثیر قرار داده یا حتی آنها را تعیین کنند. رفتار والدین حتی می‌تواند بر صفت عمدتاً ارثی چون هیجان خواهی تأثیر بگذارد. با قدری تفکر می‌توان پی برد که برای مثال، والدین خشن و تنبیهی چقدر می‌توانند صفات ارثی مانند برون‌گرایی، مردم‌آمیزی، خوشایندی و گشودگی به تجربه را سرکوب کنند [۲۶].

۲-۳-۵- عامل رشد

فروید اعتقاد داشت که در پنج سالگی تمام جنبه‌های شخصیت به طور ثابت و کامل شکل می‌گیرند و از آن پس تغییر آنها دشوار است. می‌دانیم که سالهای کودکی در شکل‌گیری شخصیت بسیار مهم هستند، اما این نیز واضح است که شخصیت بعد از کودکی هم چنان به رشد خود، شاید در طول عمر ادامه می‌دهد. نظریه پردازان دیگر شخصیت، هم چون کتل، آلپورت، اریکسون و موری نیز کودکی را برای شکل‌گیری شخصیت مهم می‌دانستند، ولی در عین حال قبول داشتند که شخصیت بعد از سال‌های کودکی می‌تواند رشد کند و تغییر یابد. بعضی از نظریه پردازان می‌گویند رشد شخصیت تا نوجوانی ادامه می‌یابد. یونگ، مزلو، اریکسون و کتل بر میانسالی به عنوان زمان تغییر عمده شخصیت تمرکز داشتند. به نظر می‌رسد که گرایش‌های بادوام بنیادی شخصیت ما حداقل برای مدت چند سال بدون تغییر می‌مانند. طبق اغلب شواهدی که تا به امروز موجود می‌باشد، به نظر می‌رسد که این صفات و قابلیت‌های بنیادی از سی سالگی به بعد ثابت می‌مانند. آن چه می‌تواند آنها را تغییر دهد، شیوه‌ای است که ما برای نشان دادن این ویژگی‌ها انتخاب می‌کنیم. تغییرات موجود در شرایط اقتصادی، ترک کردن دانشگاه، ازدواج، پدر و مادر

شدن، طلاق، از دست دادن شغل یا ارتقاء شغلی، بحران میانسالی، والدین سالخورده همگی مواردی از مشکلاتی هستند که ما به عنوان افراد بزرگسال باید با آنها سازگار شویم. و همه آنها بر شخصیت ما اثر می‌گذارند. یا حداقل آنها می‌توانند بخشی از شخصیت ما را تغییر دهند [۲۷].

۲-۴- دیدگاه‌ها در رابطه با شخصیت

۲-۴-۱- دیدگاه‌های روان‌پویایی

دیدگاه‌های روان‌پویایی، شخصیت را ماهیتی عمدتاً فراسوی آگاهی می‌دانند و برای آن، سیر تحولی مرحله‌ای قائل هستند. اکثر دیدگاه‌های روان‌پویایی بر این نکته تأکید دارند که تجربه‌های اولیه کودک با والدینش، نقش مهمی در پیریزی شخصیت او دارند. نظریه پردازان روان‌پویایی معتقدند رفتار اصولاً ظاهر کار است و برای فهم واقعی شخصیت انسان‌ها باید معانی نمادین رفتار و کارهایی را که در اعماق ذهنشان انجام می‌دهند، بررسی کنیم [۲۸].

۲-۴-۲- دیدگاه شناختی

دیدگاه شناختی در شخصیت بر این امر تأکید دارد که مردم خود و محیط اطرافشان را چگونه می‌شناسند، چگونه درک می‌کنند، و چگونه ارزیابی می‌کنند، و چگونه یاد می‌گیرند و فکر می‌کنند. به طور کلی، این رویکرد بر فرآیندهای ذهنی و چگونگی تفکر تمرکز دارد و نیازها، یا هیجان‌ها را به صورت فعالیت‌های مجزای شخصیت ارزیابی نمی‌کند بلکه آنها را جنبه‌هایی از شخصیت می‌داند که تحت تأثیر و کنترل فرایندهای شناختی قرار دارند [۲۹].

۲-۴-۳- دیدگاه رفتاری

دیدگاه رفتار گرایی بر اهمیت متغیرهای محیطی یا موقعیتی رفتار تاکید می‌کند. در این دیدگاه، رفتار عبارت است از تعامل مستمر بین متغیرهای شخصی و محیطی. شرایط محیطی، رفتار را از طریق یادگیری شکل می‌دهد، و رفتار به نوبه خود به محیط شکل می‌دهد. آدمی و محیط بر یکدیگر تأثیر دارند. برای اینکه بتوان دست به پیش‌بینی رفتار زد باید نحوه تعامل ویژگی‌های شخص با خصوصیات محیط را شناخت [۳۰].

۲-۴-۴- دیدگاه انسان‌گرا

دیدگاه‌های انسان‌گرا بر ظرفیت به کمال رسیدن، حق انتخاب سرنوشت و خصوصیات مثبت انسانی تاکید دارند. روان‌شناسان انسان‌گرا معتقدند ما می‌توانیم با فشار روانی کنار بیاییم، زندگی خود را کنترل کنیم و به خواسته‌هایمان برسیم. بر اساس این دیدگاه، شخصیت هر فرد بر مبنای شیوه بی‌همتای او از ادراک و تفسیر جهان شکل می‌گیرد. رفتار به وسیله ادراک فرد از واقعیت کنترل می‌شود و نه به وسیله صفت‌ها، تکانه‌های ناهشیار یا پاداش‌ها و تنبیه‌ها [۳۱].

۲-۴-۵- دیدگاه‌های صفات

فرض اساسی دیدگاه صفات این است که انسان دارای آمادگی‌های گسترده‌ای است که صفات نام دارد و به طرق خاصی به محرک‌ها پاسخ می‌دهد. به عبارت دیگر انسان را می‌توان از نظر احتمال رفتار، احساسات و تفکر آنها به طریقی خاص توصیف کرد. اگرچه نظریه پردازان صفات در مورد نحوه ایجاد صفاتی که شخصیت انسان را می‌سازد از یکدیگر متفاوتند، همه آنها در این امر توافق دارند که صفات، عنصر اصلی شخصیت انسان را تشکیل می‌دهد. به علاوه نظریه پردازان صفات توافق دارند که رفتار انسان و شخصیت وی را می‌توان در یک سلسله مراتب سازمان دهی کرد [۳۲].

۲-۵- نظریه‌های شخصیت

درباره‌ی شخصیت، نظریه‌های بسیار فراوانی وجود دارد که در اینجا در ابتدا به اختصار به چند مورد از آنها اشاره شده و در انتهای بخش، نظریه‌ی آیزنک که در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است به صورت مبسوط‌تر بحث می‌شود.

۲-۵-۱- فروید

فروید، نهاد یا نفس یا سرشت را واقعیت روانی توصیف کرد و بر این باور بود که نهاد با نیروی حیاتی خود از تحریکات و تنش می‌کاهد و تعادل ارگانیسم را برقرار می‌کند. فروید غریزه را انگیزه اصلی رفتار می‌داند و معتقد است که بین نیروی غرایز و من که سطح دوم شخصیت به شمار می‌آید تضاد و کشمکش وجود دارد. برعکس نهاد که در ناخودآگاه قرار دارد و فرد را به سوی لذت جویی سوق می‌دهد، من وجود آگاه است و می‌تواند فرد را با واقعیت و مقررات جهان خارج آگاه سازد و در نتیجه تمایلات نهاد را با امکانات محیط سازگار کند. فروید به سطح دیگر شخصیت یعنی «من برتر» نیز اشاره دارد. من برتر در حکم وجدان اخلاقی است که به ارزش‌های اخلاقی و اجتماعی توجه دارد و رفتار فرد را از طریق تشویق و تنبه کنترل می‌کند.

همانطور که اشاره شد فروید بر این باور بود که شخصیت انسان از سه سطح «نهاد، من، و من برتر» تشکیل می‌شود. نهاد ذات غریزی است که از سوخت و ساز بدن حاصل می‌شود و بدون توجه به امکانات عالم خارج آدمی را به لذت جویی می‌کشاند. من که ناشی از نهاد و خودآگاه است خواهش‌های نهاد را با توجه به واقعیت‌ها تعدیل می‌کند. سطح بالای شخصیت، من برتر است که سعی دارد «من» را در برابر فشار عالم خارج و نهاد سازگار سازد. من برتر از چند منبع از جمله پدر و مادر نیرو می‌گیرد.

پدر و مادر سرمشق و راهنمای من برتر هستند و کودک با تقلید از آنها و همانند سازی معیاری اخلاقی را می‌پذیرد و در زندگی از آنها استفاده می‌کند.

فروید معتقد بود که ناکامی‌ها، برآورده نشدن احتیاجات و تعارض بین نیازها فرد را دچار تنش، اضطراب و اختلال‌های روانی می‌کند و تعادل شخص را بر هم می‌زند. برای کاهش تنش و مقابله با فشارها و برقراری تعادل اقداماتی باید صورت گیرد از آن جمله انجام مکانیسم‌های دفاعی مانند دلیل تراشی، تصعید، برون‌فکنی، جبران، برگشت، همانند سازی و دیگر دفاع‌های روانی می‌باشد [۳۳].

۲-۵-۲- هری استاک سولیوان

به باور سولیوان شخصیت انسان به روابط بین افراد بستگی دارد. اگر ارتباط بین افراد وجود نداشته باشد شخصیت نیز مفهومی ندارد. وی به اهمیت ژنتیک و رشد در ساخت و پرورش ارگانیزم آگاه است اما انسان را محصول کنش‌های اجتماعی می‌داند. به باور سولیوان اعمال فیزیولوژیک و پسیکولوژیک متاثر از اجتماع و واکنش‌های متقابل اجتماعی است. سولیوان به مراحل رشد و تکامل توجه خاص دارد و معتقد است که فرد با زندگی در اجتماع و ارتباط متقابل با افراد جامعه شخصیت انسانی می‌یابد [۳۳].

۲-۵-۳- گاردنر مورفی

وی به مبانی زیستی شخصیت توجه خاص داشت و نظریه او درباره شخصیت با زیر عنوان زیستی- اجتماعی معروف است. وی بر این باور است که عناصر تشکیل دهنده شخصیت می‌تواند شامل استعدادهای ذاتی و عوامل بیولوژیک، عوامل اجتماعی، یادگیری، تجربه و عادت‌های احساسی و ادراکی باشد. مورفی نیازهای انسان و روش‌های ارضا آن‌ها را مورد بررسی قرار داده و به نیروی انگیزه‌ها تاکید کرده است. او معتقد است که محیط در رشد و توسعه شخصیت تاثیر ویژه‌ای دارد و از این رو مربیان و مدیران و رهبران نقش مهمی در این زمینه دارند [۳۳].

۲-۵-۴- گوردون آلپورت

وی شخصیت را سازمان زنده روان و تن انسان می‌داند که موجب سازگاری او با محیط می‌شود آلپورت معتقد است که رفتار انسان نمایانگر صفات شخصیت او خواهد بود. به نظر او شخصیت انسان پویا است و خصلت‌های انسان فطری نیست. خصلت‌های انسان در جریان زندگی اجتماعی کسب می‌شود و رشد و توسعه می‌یابد. وی می‌گوید اگر انسان در زمان گذشته و زیر نفوذ ناخودآگاه زندگی کند نابهنجار خواهد بود. باوجود این آلپورت تاثیر برخی از رفتارهای دوران کودکی را می‌پذیرد، اما اهمیت اصلی را به تاثیر انگیزه‌های اجتماعی می‌دهد [۳۳].

۲-۵-۵- اریک فروم

به باور فروم افراد بشر نیازهایی دارند که ارضا یا ناکامی‌ها آنها در رشد و تکامل شخصیت آنها اثر می‌گذارد. نیازهایی که فروم به آنها توجه دارد شامل نیازهای ذاتی و نیز نیازهای اکتسابی مانند امنیت، محبت، احترام و موفقیت می‌باشد. فروم محیط زندگی و نیز سازمان‌ها و مقررات آنها را در تشکیل، تغییر و تحول و تکامل شخصیت موثر دانسته و بر این باور است که انسان موجودی اجتماعی است که نیاز به ارتباط با دیگران دارد و از این رو برای برآوردن نیازهای خود به اجتماع مراجعه می‌کند. به عقیده فروم محیط نامناسب در نابهنجاری شخصیت اثر دارد و اگر فردی نتواند در جامعه زندگی عادی داشته باشد روند تکامل را طی کند دچار شکست، ناکامی و اختلال روانی می‌شود [۳۳].

۲-۵-۶- نظریه شخصیت یونگ

از دید یونگ کل شخصیت یا روان، از نظام‌ها یا ساختارهای جداگانه‌ای تشکیل شده است که می‌توانند بر یکدیگر اثر گذارند. مقدار زیادی از ادراک هوشیار ما واکنش به محیط‌مان به وسیله نگرش‌های ذهنی متضاد برون‌گرایی و درون‌گرایی تعیین می‌شود. یونگ معتقد بود که انرژی روانی می‌تواند به صورت

بیرونی به سوی دنیای خارج یا به صورت درونی به طرف خود، هدایت شود. برون‌گراها معاشرتی هستند و از نظر اجتماعی صبورند، به سوی دیگران و دنیای بیرون گرایش دارند. درون‌گراها در خود فرو رفته و اغلب کم رو هستند و به تمرکز برخوردشان بر افکار و احساسهایشان گرایش دارند. بنا بر نظر یونگ هر کسی استعداد هر دو نگرش را دارد اما فقط یکی از آنها در شخصیت غالب می‌شود. نگرش غالب پس از آن رفتار و هوشیاری فرد را هدایت می‌کند. با این حال نگرشی که غالب نیست با نفوذ می‌ماند و بخشی از ناهشیار شخص می‌شود جایی که می‌تواند رفتار را تحت تاثیر خود قرار دهد. برای مثال یک فرد درون‌گرا ممکن است در شرایطی خاص ویژگی‌های برون‌گرایی را نشان دهد شاید بخواهد خونگرم‌تر باشد یا جذب فردی برون‌گرا شود [۳۴].

یونگ هشت تیپ روانشناختی را بر اساس تعامل دو نگرش معرفی کرد که در زیر به اختصار بیان می‌شوند.

۱. تیپ برون‌گرای متفکر

این افراد به طور جدی طبق مقررات جامعه زندگی می‌کنند، به سرکوب نمودن احساس‌ها و هیجان‌ها، عینی بودن در تمام جنبه‌های زندگی و جزمی بودن در افکار و نظرات تمایل دارند. ممکن است آنها سرد و خشک به نظر برسند. چون تمرکز آنها بر یادگیری درباره‌ی دنیای بیرونی و به کارگیری قوانین منطقی برای توصیف و درک آن است، آمادگی دارند که دانشمندان خوبی بشوند (منطقی، عینی، متعصب).

۲. تیپ برون‌گرای احساسی

این افراد به سرکوب شیوه‌ی تفکر و عاطفی بودن زیاد تمایل دارند و از ارزش‌های سنتی و کدهای اخلاقی که به آنها یاد داده شده است پیروی می‌کنند. آنها به طور غیرعادی نسبت به عقاید و انتظارات دیگران حساس‌اند. آنها از نظر عاطفی پاسخ‌ده هستند و به راحتی دوست می‌گیرند و گرایش به معاشرتی

و پرجوش و خروش بودن دارند. یونگ معتقد بود که این تیپ بیشتر در زنان یافت می‌شود تا مردان (عاطفی، حساس، معاشرتی).

۳. تیپ برون‌گرای حسی

این افراد بر لذت و شادی و بر جستجوی تجربه‌های جدید تمرکز دارند، قویا به سوی دنیای واقعی گرایش دارند، و با انواع مردم و شرایط متغیر، خود را سازگار می‌کنند چون آنها به درون‌نگری توجهی ندارند به اجتماعی بودن تمایل داشته و استعداد زیادی برای لذت بردن از زندگی دارند (اجتماعی، لذت جو، انعطاف پذیر).

۴. تیپ برون‌گرای شهودی

این افراد موفقیت را در کسب و کار و سیاست می‌بینند زیرا توانایی زیادی برای بهره برداری از فرصت‌ها دارند، جذب اندیشه‌های نو می‌شوند، و به خلاق بودن گرایش دارند. آنها در ترغیب کردن دیگران به موفق شدن توانا هستند. آنها همچنین به تغییر پذیر بودن از یک فکر یا کار مخاطره آمیز به دیگری و تصمیم گیری طبق حدس‌ها و گمان‌ها به جای اندیشه گرایش دارند. با این حال تصمیم گیری‌های آنها احتمالا درست از آب در می‌آید.

۵. تیپ درون‌گرای متفکر

این اشخاص با دیگران به خوبی کنار نمی‌آیند، در انتقال افکار مشکل دارند، و به جای احساسات بر تفکر تمرکز داشته و قضاوت معقول ضعیفی دارند. آنها که شدیداً به زندگی خصوصی خود علاقمند هستند ترجیح می‌دهند به امور انتزاعی و نظریه‌ها بپردازند و به جای این که دیگران را درک کنند به درک کردن خودشان تکیه می‌کنند. دیگران آنها را به صورت افرادی خودرای، سرد، خودپسند و بی ملاحظه می‌نگرند.

۶. تیپ درون‌گرای احساسی

این اشخاص تفکر منطقی را سرکوب می‌کنند و مستعد عاطفه‌ی عمیق هستند ولی از نشان دادن علنی آن خودداری می‌کنند. آنها مرموز و دور از دسترس به نظر می‌رسند و به آرام، فروتن و کودکانه بودن گرایش دارند. آنها به احساسات و افکار دیگران اعتنای کمی دارند و گوشه‌گیر، سرد و متکی به نفس به نظر می‌رسند (تودار، خوددار و دارای عواطف عمیق).

۷. تیپ درون‌گرای حسی

این افراد بی‌تفاوت، آرام و بریده از دنیای روزمره به نظر می‌آیند، بیشتر فعالیت‌های انسان را به دیده‌ی خیرخواهی و سرگرمی می‌نگرند، آنها در ظاهر بی‌اعتنا و خشک هستند و از نظر هنرشناختی، حساسند و خود را در هنر و موسیقی نشان می‌دهند و به سرکوب شهود خود گرایش دارند.

۸. تیپ درون‌گرای شهودی

این اشخاص چنان با دقت بر شهود تمرکز دارند که افراد این تیپ، تماس کمی با واقعیت دارند. آنها رویایی، خیال‌پرداز، گوشه‌گیر، بی‌خیال نسبت به موضوعات واقعی و عملی هستند و دیگران آنها را به اندازه‌ی کافی درک نمی‌کنند. آنها عجیب و غیرعادی در نظر گرفته می‌شوند و در سازگاری با زندگی روزمره و برنامه‌ریزی برای آینده مشکل دارند [۳۵].

۲-۵-۷- نظریه‌ی هانس آیزنک

آیزنک بیشتر دوران حرفه‌ای خود را در بیمارستان مادزلی و موسسه روان پزشکی دانشگاه لندن سپری کرد و به اجرای پژوهش درباره‌ی ارزیابی شخصیت پرداخت. او با کتل موافق بود که شخصیت از صفات یا عواملی تشکیل شده است که با روش تحلیل عاملی به دست می‌آیند. با این حال، آیزنک از تحلیل عاملی و روش پژوهش کتل به خاطر احتمال ذهنی‌گرایی در این روش و مشکلی که در تکرار

کردن یافته کتل وجود داشت، انتقاد کرد. گرچه آیزنک برای آشکار کردن صفات شخصیت از تحلیل عاملی استفاده کرد ولی این روش را با آزمونهای شخصیت و تحقیقات آزمایشی که دامنه‌ی وسیعی از متغیرها را در بر می‌گرفتند، تکمیل کرد. آیزنک و همسرش سایبیل تعدادی پرسشنامه ساختند که در پژوهش‌های خود مورد استفاده قرار دادند. پرسشنامه‌ی شخصیت آیزنک به ۱۲ سال پژوهش مشترک و ۲۰ تحلیل عاملی نیاز داشت. نتیجه‌ی تلاشهای آنها نظریه‌ی شخصیت مبتنی بر سه بعد است که به صورت ترکیبات صفات یا عوامل توصیف می‌شوند [۳۶]. این سه بعد شخصیت به قرار زیر هستند:

۱. برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی^۱ (E)

۲. روان رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی^۲ (N)

۳. روان‌پریش‌خویی در برابر کنترل تکانه (یا عملکرد فراخود)^۳ (P)

آیزنک متوجه شد که ابعاد برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی از دوران فلاسفه‌ی یونان باستان به عنوان عناصر بنیادی شخصیت شناخته شده بودند. او همچنین معتقد بود که صورت‌بندی‌های همین ابعاد را می‌توان تقریباً در هر وسیله‌ی ارزیابی شخصیت که تاکنون ساخته شده است پیدا کرد [۳۷]. برای مثال افرادی که در صفات بعد E، نمره‌ی بالایی می‌گیرند با عنوان برون‌گرا و افرادی که نمره‌ی پایینی می‌گیرند با عنوان درون‌گرا طبقه‌بندی می‌شوند (جدول ۱-۲).

^۱ Extraversion versus introversion

^۲ Neuroticism versus emotional stability

^۳ Psychoticism versus impulse control

جدول ۱-۲: صفات ابعاد شخصیت آیزنک

ابعاد		
	برون‌گرایی/درون‌گرایی	روان‌رنجورخویی/ثبات هیجانی
صفات	معاشرتی	مضطرب
	سرزنده	افسرده
	فعال	احساسهای گناه
	جسور	عزت نفس پایین
	هیجان خواه	تنیده
	آسوده خاطر	غیر منطقی
	سلطه جو	خجالتی
	مخاطره جو	دمدمی
	روان‌پریش خویی/کنترل‌تکانه	پر خاشگر
	سرد	خودمحور
	بی روح	تکانشی
	ضد اجتماعی	خلاق
	مصمم	

۲-۵-۷-۱- برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی

برون‌گرایان به سمت دنیای بیرون گرایش دارند، همنشینی با دیگران را ترجیح می‌دهند و معاشرتی، تکانشی، مخاطره جو، جسور، و سلطه جو هستند. علاوه بر این معلوم شده کسانی که در پرسشنامه‌ی شخصیت آیزنک نمره‌ی بالایی در برون‌گرایی می‌گیرند، از آنهایی که نمره‌ی پایین می‌گیرند هیجانات خوشایند بیشتری را تجربه می‌کنند گزارش شده که درون‌گرایان، عکس این ویژگی‌ها را دارند [۳۸].

آیزنک علاقمند بود بداند که برون‌گرایان و درون‌گرایان از لحاظ زیستی و ژنتیکی چه تفاوتی با هم دارند. او دریافت که سطح پایه انگیزتگی مغز برون‌گرایان پایین‌تر از درون‌گرایان است. چون سطح انگیزتگی مغز برون‌گرایان پایین است، به برانگیختگی و تحریک نیاز دارند و فعالانه آن را جستجو می‌کنند. در مقابل، درون‌گرایان از برانگیختگی و تحریک دوری می‌کنند زیرا سطح انگیزتگی مغز آنها از پیش بالا است [۳۶].

در نتیجه، درون‌گرایان قوی‌تر از برون‌گرایان به تحریک حسی واکنش نشان می‌دهند. تحقیقات نشان داده‌اند که درون‌گرایان حساسیت بیشتری به محرکهای سطح پایین نشان می‌دهند و آستانه درد پایین‌تری از برون‌گرایان دارند. تحقیق دیگری از پاسخهای متفاوت به تحریک حسی حمایت می‌کند ولی شواهد قانع‌کننده‌ای را در اختیار نمی‌گذارد که چنین تفاوت‌هایی را بتوان به اختلاف در سطح انگیزتگی مغز نسبت داد، با این حال به طوری که آیزنک پیش‌بینی کرد این تفاوتها مبنای ژنتیکی دارند [۳۹].

۲-۵-۷-۲- روان‌رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی

افراد روان‌رنجور به صورت مضطرب، افسرده، تنیده، غیر منطقی و دمدمی توصیف می‌شوند. امکان دارد که آنها عزت نفس پایین داشته و مستعد احساس گناه باشند. آیزنک معتقد بود که روان‌رنجورخویی عمدتاً ارثی است، حاصل عوامل ژنتیکی است نه یادگیری با تجربه. روان‌رنجورخویی در ویژگی‌های زیستی و رفتاری جلوه‌گر می‌شود که با ویژگی‌های افرادی که ثبات هیجانی داشته و در انتهای بعد روان‌رنجورخویی قرار دارند متفاوت هستند. کسانی که از لحاظ روان‌رنجورخویی دارای نمرات بالا هستند، در آن نواحی مغز که شاخه سمپاتیک سیستم عصبی اتونوم را کنترل می‌کنند فعالیت بیشتری را نشان می‌دهند. این سیستم هشدار دهنده‌ی بدن است که با افزایش دادن سرعت تنفس، ضربان قلب، جریان خون به عضلات، و آزاد شدن آدرنالین به رویدادهای استرس‌زا یا خطرناک پاسخ می‌دهد. آیزنک معتقد بود که سیستم عصبی اتونوم در افراد روان‌رنجور حتی به عوامل استرس‌زای ملایم واکنش مفرط نشان می‌دهد که زودرنجی یا حساسیت بیش از حد مزمن به بار می‌آورد. این وضعیت به افزایش تهییج‌پذیری در پاسخ به تقریباً هر موقعیت دشواری منجر می‌شود. در واقع افراد روان‌رنجور به رویدادهایی که دیگران بی‌اهمیت می‌دانند به صورت هیجانی واکنش نشان می‌دهند. به عقیده‌ی آیزنک،

این تفاوت‌های واکنش‌پذیری زیستی در بعد روان‌رنجورخویی، فطری هستند. افراد به صورت ژنتیکی به سمت روان‌رنجورخویی یا ثبات هیجانی گرایش دارند [۳۶، ۳۷].

۲-۵-۷-۳- روان پریش خویی در برابر کنترل تکانه

کسانی که از نظر روان‌پریش‌خویی بالا هستند، پرخاشگر، ضد اجتماعی، مصمم، سرد و خود محور می‌باشند. در ضمن معلوم شده است که آنها بی‌رحم، متخاصم، و بی‌اعتنا به نیازها و احساسهای دیگران هستند. علاوه بر این، آنها بیشتر از کسانی که در روان‌پریش‌خویی نمره‌ی پایین می‌گیرند مشکل سوء مصرف الکل و دارو دارند. شگفت این‌که افرادی که در روان‌پریش‌خویی نمره‌ی بالایی می‌گیرند می‌توانند بسیار خلاق نیز باشند. شواهد پژوهشی از عنصر ژنتیکی مهمی خبر می‌دهند. مردان عموماً در بعد روان‌پریش‌خویی نمرات بالاتری از زنان کسب می‌کنند [۴۰]. از نظر آیزنک، جامعه به تنوع افرادی که تمام جنبه‌های این سه بعد شخصیت را نشان می‌دهند نیاز دارد. یک جامعه ایده آل به هر کسی فرصت می‌دهد تا از صفات و توانایی‌های خود بهترین استفاده را بکند.

۲-۵-۷-۴- نقش اصلی وراثت

از نظر آیزنک، صفات و ابعاد عمدتاً به وسیله‌ی وراثت تعیین می‌شوند، هر چند که شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که عنصر ژنتیکی برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی نیرومندتر از روان‌پریش‌خویی است. آیزنک تأثیرات محیطی و موقعیتی بر شخصیت، مانند تعامل‌های خانوادگی در کودکی را منتفی ندانست ولی معتقد بود که تأثیرات آنها بر شخصیت محدود هستند. طرح پژوهشی او مقایسه دوقلوهای همسان و ناهمسان را در بر داشت. این تحقیقات نشان دادند که دوقلوهای همسان از نظر شخصیت بیشتر از دوقلوهای ناهمسان شبیه هستند، حتی زمانی که دوقلوهای همسان هنگام کودکی به وسیله‌ی والدین متفاوت و در محیط‌های متفاوتی بزرگ شده باشند. بررسی کودکانی که به فرزندپذیری پذیرفته شده‌اند نشان

می‌دهد که شخصیت آنها به شخصیت والدین تنی بیشتر از والدین نا تنی آنها شباهت دارد، حتی زمانی که این کودکان با والدین تنی خود هیچ تماسی نداشتند. این از عقیده آیزنک به اینکه شخصیت بیشتر به وراثت ژنتیکی بستگی دارد تا به محیط، حمایت بیشتری می‌کند. تحقیق میان فرهنگی نشان می‌دهد که سه بعد شخصیت آیزنک در بیش از ۳۵ کشور از جمله ایالات متحده انگلستان، استرالیا، ژاپن، چین، نیجریه و سوئد تداوم داشته‌اند. تایید این سه بعد شخصیت در فرهنگهای گوناگون دلیل دیگری است برای برتری عوامل ارثی در شکل دهی شخصیت [۳۶].

۲-۵-۷-۵- ثبات عوامل

در یک تحقیق که در فنلاند روی تقریباً ۱۵۰۰۰ دوقلوی ۱۸ تا ۵۹ ساله اجرا شد، درجه‌ی بالایی از ثبات در برون‌گرایی و روان‌رنجورخویی در مدت ۴۰ سال فاصله سنی بین مردان و زنان یافت شد [۴۱]. بررسی ۱۲۱ مرد و زن آمریکایی به مدت ۱۹ سال از اواخر نوجوانی تا بزرگسالی ثبات عوامل برون‌گرایی و روان‌رنجور خویی متوسط ولی از لحاظ آماری معنادار را معلوم کرد [۴۲]. مقایسه افزون بر ۲۰۰۰ نوجوان آمریکایی و ۷۸۹ بلژیکی طی یک دوره‌ی ۴ ساله نشان داد که عوامل برون‌گرایی، خوشایندی و وظیفه شناسی ثابت ماندند، در حالی که گشودگی به تجربه‌پذیری در مردان و زنان افزایش یافته بود [۴۳].

۲-۵-۷-۶- همبستگی‌های هیجانی و رفتاری

در چند تحقیق معلوم شد که برون‌گرایی با سلامت هیجانی همبستگی مثبت داشته در حالی که روان‌رنجورخویی با سلامت هیجانی همبستگی منفی داشت. پژوهشگران نتیجه گرفتند افرادی که از نظر برون‌گرایی بالا و از لحاظ روان‌رنجورخویی پایین هستند به صورت ژنتیکی برای ثبات هیجانی آمادگی دارند. در بررسی ۱۰۰ مرد و زن دانشجو آنهایی که از نظر برون‌گرایی بالا بودند بهتر از آنهایی که از این

نظر پایین بودند توانستند با استرس زندگی روزمره مقابله کنند [۴۴]. برون‌گرایان همچنین به احتمال بیشتری در صدد حمایت اجتماعی بر می‌آمدند تا به آنها در کنار آمدن با استرس کمک کند [۴۵]. بررسی دانشجویان در یالات متحده معلوم کرد آنهایی که در برون‌گرایی نمره‌ی بالایی کسب کردند از آنهایی که نمره‌ی پایین گرفتند در بین همسالان خود جایگاه بالاتر و اهمیت بیشتری داشتند [۴۶]. پژوهش درباره‌ی دانشجویان معلوم کرد که ظرف مدت ۴ سال، برون‌گرایان تعداد بیشتری رویداد مثبت مانند نمره‌ی خوب، افزایش حقوق، یا ازدواج را تجربه کردند. دانشجویانی که در روان‌رنجورخویی نمره‌ی بالایی گرفتند بیشتر برای رویدادهای ناگوار مانند بیماری، افزایش وزن، جریمه رانندگی، یا نپذیرفته شدن برای دوره‌ی فوق لیسانس آمادگی داشتند [۴۷].

۲-۶- مروری بر مطالعات گذشته

مطالعات محدودی در رابطه با تاثیر ویژگی‌های شخصیتی در انتخاب رشته‌ی مقطع تخصصی پزشکان عمومی انجام گرفته است که عمدتاً مربوط به خارج از کشور هستند و در داخل کشور نیز مطالعه‌ای که رابطه‌ی بین تیپ‌های شخصیتی و انتخاب رشته مقطع تخصص را بررسی کند، مشاهده نشد ولی مطالعاتی بوده‌اند که تاثیر عوامل دیگر را بررسی کرده باشند. از جمله‌ی این مطالعات داخلی و خارجی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد.

ضرغامی و همکاران [۱۰] در مطالعه‌ای به بررسی عوامل موثر بر انتخاب رشته تخصصی فارغ التحصیلان پزشکی پرداخته‌اند. این مطالعه بر روی تمام شرکت کنندگان در امتحان ورودی دستیاری در دانشگاه علوم پزشکی مازندران از طریق تکمیل پرسشنامه فارغ التحصیلی دانشکده پزشکی انجام شد. این عوامل در گروه‌های تخصصی نیز با هم مورد مقایسه قرار گرفتند و رابطه آنها با ویژگی‌های جمعیت شناختی نیز بررسی شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد دو عاملی که بیشترین تاثیر را بر انتخاب رشته‌های

تحصیلی داشت، علاقه به کمک به مردم با امتیاز و محتوای علمی رشته تخصصی بود. هزینه دیه قصور پزشکی کمترین تاثیر را بر انتخاب رشته داشت. بیشتر آقایان به عدم وابستگی رشته تخصصی تاکید داشتند، در حالی که خانم‌ها بیشتر به قابل پیش بینی بودن ساعات کاری تاکید می‌کردند. داوطلبان سهمیه آزاد اغلب به کسب فرصت برای ایجاد تغییر در زندگی مردم توجه داشتند، اما سهمیه ایثارگران به عدم وابستگی و تمرین مسئولیت‌های اجتماعی تاکید می‌کردند. تماس با بیمار در انتخاب داوطلبان رشته‌های پشتیبانی اهمیت کمتری داشت.

Hojat و Zuckerman [۴۸] در مطالعه‌ای به بررسی رابطه‌ی بین تیپ شخصیت و رشته مورد علاقه‌ی دانشجویان پزشکی جهت ادامه تحصیل در مقطع تخصص پرداخته‌اند. در این مطالعه ۱۰۷۶ دانشجوی پزشکی در طی ۴ سال وارد طرح شدند. تیپ شخصیتی دانشجویان با استفاده از فرم کوتاه پرسشنامه Zuckerman-Kuhlman در ۵ بعد شامل اضطراب-روان‌رنجورخویی، هیجان‌خواهی تکانشی، فعالیت، مردم‌آمیزی، و پرخاشگری-خصوصیت تعیین شد. همچنین، رشته‌ی مورد علاقه‌ی دانشجویان برای مقطع تخصص پرسیده شد. یافته‌های مطالعه‌ی آنان نشان داد که دانشجویان علاقه‌مند به تخصص‌های جراحی به طور قابل توجهی دارای نمرات بالاتر در مقیاس هیجان‌خواهی تکانشی و نمرات پایین‌تر در مقیاس اضطراب-روان‌رنجورخویی بودند. در رابطه با مقیاس مردم‌آمیزی نیز، دانشجویان علاقه‌مند به تخصص‌های مبتنی بر بیمارستان دارای نمرات کمتر و دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌های مرتبط با مراقبت‌های اولیه دارای نمرات بالاتری در این مقیاس بودند. همچنین نتایج نشان داد که به طور کلی مردان دارای نمرات بالاتر در مقیاس هیجان‌خواهی تکانشی و زنان دارای نمرات بالاتری در مقیاس‌های اضطراب-روان‌رنجورخویی و فعالیت بودند.

Buddeberg و همکاران [۴۹] در مطالعه‌ای در سوئیس به بررسی تاثیر جنسیت، تیپ‌های شخصیتی، انگیزه، و اهداف بر انتخاب رشته پزشکان در مقطع تخصصی پرداخته‌اند. در این مطالعه ۵۲۲ پزشک وارد

طرح شدند که ۴۳۹ نفر از آنها تصمیم خود در رابطه با رشته مقطع تخصصی انتخاب کرده بودند که به شرح زیر بود: ۴۵ نفر (۸/۶٪) مراقبت‌های اولیه، ۱۲۶ نفر (۲۴/۱٪) طب داخلی، ۶۸ نفر (۱۳٪) تخصص‌های جراحی، ۳۱ نفر (۵/۹٪) زنان و زایمان، ۴۰ نفر (۷/۷٪) بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، ۴۴ نفر (۸/۴٪) اطفال، ۲۵ نفر (۴/۸٪) روانپزشکی، و ۶۰ نفر (۱۱/۵٪) سایر رشته‌ها. زنان بیشتر به رشته‌های زنان و زایمان، اطفال، و بیهوشی، و مردان بیشتر به تخصص‌های جراحی تمایل داشتند؛ دیگر رشته‌ها تفاوتی از نظر جنسیت نشان ندادند. یافته‌های این مطالعه نشان داد که صفات شخصیتی اثر خود را با واسطه اهداف انتخابی افراد اعمال می‌کنند و خود به صورت مستقیم در انتخاب رشته دستکاری موثر نیستند.

Zeldow و Daugherty [۵۰] در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر نیمرخ‌های شخصیتی دانشجویان رشته‌ی پزشکی بر انتخاب رشته در مقطع تخصص پرداخته‌اند. در این مطالعه ۲۴۰ دانشجوی پزشکی به منظور تعیین نیمرخ‌های شخصیتی وارد طرح شدند که در نهایت، اطلاعات حاصل برای ۱۹۹ نفر از آنها قابل استفاده بود. همچنین، این دانشجویان براساس انتخاب رشته تخصص در یکی از ۷ گروه زیر قرار گرفتند: داخلی، جراحی، خانواده، اطفال، روانپزشکی، زنان و زایمان، و تخصص‌های مبتنی بر بیمارستان. یافته‌های آنان نشان داد که صفات شخصیتی در انتخاب رشته‌هایی مانند جراحی اثرگذار بودند در حالیکه در انتخاب رشته‌های زنان، روانپزشکی و اطفال موثر نبودند.

Lydon و همکاران [۵۱] در مطالعه‌ای به بررسی تاثیر شخصیت بر رشته‌ی انتخابی در مقطع تخصصی پرداخته‌اند. در این مطالعه ۲۰۰ پزشک و ۱۳۴ دانشجوی پزشکی وارد طرح شدند و از این نظر مورد بررسی قرار گرفتند که آیا تیپ‌های شخصیتی آنان با توجه به رشته‌ی انتخابی در مقطع تخصصی با همدیگر متفاوت است؟ یافته‌های مطالعه‌ی آنها نشان داد که مابین پزشکان مشغول در تخصص‌های مختلف، اختلاف شخصیتی وجود ندارد. با این وجود، در بین دانشجویانی که در مقاطع پایه آموزش

پزشکی بودند، علاقمندان به تخصص‌های person-focused به طور قابل توجهی دارای نمرات بالاتری در برونگرایی ($P < 0.001$) و وجدان ($P = 0.001$)، و نمرات پایین‌تری در روان‌رنجوری ($P = 0.01$) بودند. Mehmood و همکاران [۵۲] در مطالعه‌ای به بررسی رابطه‌ی بین تیپ‌های شخصیتی دانشجویان پزشکی و رشته‌های تخصصی انتخابی آنها پرداختند. در این مطالعه ۵۹۰ دانشجوی پزشکی وارد طرح شدند و یافته‌ها نشان داد که جراحی محبوب‌ترین رشته‌ی تخصصی در بین زنان و مردان بود. نمرات مردان به طور قابل توجهی در مقیاس هیجان‌طلبی تکانشی بالاتر بود، و نمرات دانشجویان علاقمند به رشته‌های جراحی به طور قابل توجهی در مقیاس‌های هیجان‌طلبی تکانشی، روان‌رنجوری، پرخاشگری خصومت، و جامعه‌پذیری بالاتر بود.

فصل سوم: مواد و روش‌ها

۳-۱- نوع مطالعه

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) بود.

۳-۲- جمعیت مورد مطالعه و حجم نمونه

جمعیت مورد مطالعه در تحقیق حاضر عبارت بود از همه‌ی دانشجویان رشته‌ی پزشکی دانشگاه قزوین که در زمان اجرای تحقیق در ترم اول سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در دوره‌ی کارورزی در حال تحصیل بودند و برای شرکت در مطالعه تمایل داشتند. تعداد کل دانشجویان کارورزی دانشگاه قزوین در این ترم، ۶۵ نفر بود که در نهایت ۵۴ نفر وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود.

۳-۳- روش گردآوری اطلاعات

در این تحقیق که از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) بود، جامعه‌ی مورد مطالعه عبارت بود از همه‌ی دانشجویان رشته‌ی پزشکی دانشگاه قزوین که در زمان اجرای تحقیق در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در حال تحصیل در دوره‌ی کارورزی بودند و نیز تمایل برای شرکت در مطالعه داشتند. روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بود و اطلاعات عمومی شامل (سن، جنس، نمره علوم پایه، وضعیت تاهل، و سطح تحصیلات والدین)، رشته مورد علاقه جهت تحصیل در مقطع تخصص، و تیپ‌های شخصیتی آنها توسط پرسشنامه اطلاعات عمومی و پرسشنامه اصلاح شده شخصیتی آیزنک (EPQ-RS) جمع‌آوری خواهد شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، کدگذاری شده و وارد رایانه خواهد شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

در مورد پرسشنامه‌ی اصلاح شده شخصیتی آیزنک باید اشاره کرد که این پرسشنامه یک آزمون خود سنجی ۴۸ سوالی (بله و خیر) است که برای سنجش سه بعد شخصیت برون‌گرایی در برابر درون‌گرایی (E)، روان‌رنجورخویی در برابر ثبات هیجانی (N)، و روان‌پیش‌خویی در برابر کنترل تکانه (P) مورد

استفاده قرار می‌گیرد. هر کدام از سه بعد از ۱۲ ماده تشکیل شده است. هر فرد در هر یک از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه بین یک تا ۱۲ نمره دریافت می‌کند. پرسشنامه مذکور یک مقیاس دروغ‌سنج نیز دارد که گرایش به خوب‌نمایی را می‌سنجد و ۱۲ ماده بعدی را شامل می‌شود. پژوهش‌های مختلف خارجی ضرایب پایایی این پرسشنامه را قابل قبول گزارش کرده‌اند. پایایی و روایی این آزمون توسط بخشی‌پور و باقریان در سال ۱۳۸۵ روی جمعیت ایرانی مورد ارزیابی قرار گرفت [۵۳]. نتایج پژوهش آن‌ها نشان می‌دهد که همبستگی نسخه فارسی زیر مقیاس‌های EPQ-RS با فرم بلند EQP-R رضایت‌بخش است و ساختار چهار عاملی آن‌ها از بهترین برازش ساختاری برخوردار است. همچنین، در مطالعه‌ی عسکری و همکاران در سال ۱۳۹۰، پایایی به دست آمده برای مقیاس P برابر ۰/۶۷، برای مقیاس E برابر ۰/۸۹، برای مقیاس N برابر ۰/۹۰ بوده است و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس E، ۰/۷۷ و N و P به ترتیب، ۰/۷۴ و ۰/۵۲ گزارش شده است [۱۷].

۳-۴- معیارهای ورودی و خروجی مطالعه

معیار ورود به این مطالعه عبارت بود از دانشجویان رشته‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۴-۹۵ در حال تحصیل در مقطع کارورزی بودند. افرادی که برای شرکت در طرح مایل نبودند، یا پرسشنامه‌ی آنها مخدوش یا ناقص بود از مطالعه کنار گذاشته می‌شدند.

۳-۵- روش تجزیه و تحلیل داده‌ها و بررسی آماری

داده‌های جمع آوری شده بعد از کدگذاری، در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از روش‌های آمار توصیفی در قالب جداول و نمودارها و شاخص‌های آماری و تحلیلی بصورت استفاده از آزمون تی تست و ANOVA آنالیز شد. سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳-۶- ملاحظات اخلاقی

۱. پژوهشگر اهمیت انجام تحقیق را برای دانشجویان مورد مطالعه توضیح می‌داد.
۲. به دانشجویان اطمینان داده می‌شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند.
۳. پرسشنامه‌ها بدون نام تکمیل می‌شد.
۴. اطلاع‌رسانی به دانشجویانی که تمایل داشتند از نتیجه‌ی ارزیابی خود آگاه شوند بر اساس کدهای اختصاص داده شده به هر فرد انجام می‌گرفت.

۳-۷- محدودیت‌های اجرایی طرح

عدم تمایل دانشجویان برای همکاری در طرح که سعی می‌شد با توضیح کامل روش اجرا، هدف از انجام تحقیق، فواید، و ماهیت تحقیق آنها را برای شرکت در طرح ترغیب کرد.

۳-۸- متغیرهای مطالعه

برای هر بیمار چک لیستی شامل گزینه‌های جنس، سن، نمره علوم پایه، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات والدین، رشته‌ی مورد علاقه، و نمرات در سه بعد شخصیتی برون‌گرایی، روان‌رنجوری، و روان‌پریشی تکمیل گردید. متغیرهای این مطالعه در جدول ۳-۱ خلاصه شده است.

جدول ۳-۱: متغیرهای مطالعه

مقیاس	تعریف کاربردی	کیفی		کمی		وابسته	مستقل	نام متغیر
		رتبه‌ای	اسمی	گسسته	پیوسته			
مرد-زن	فنوتیپ		*				*	جنس
سال	تاریخ تقویمی زمان تولد				*		*	سن
-	نمره دانشجو در امتحان علوم پایه				*		*	نمره علوم پایه
متاهل-مجرد	متاهل یا مجرد بودن دانشجو		*				*	وضعیت تاهل
زیر دیپلم دیپلم کارشناسی ارشد دکتری	میزان تحصیلات والدین دانشجو		*				*	سطح تحصیلات والدین
-	رشته‌ای که دانشجو برای ادامه در مقطع تخصص پزشکی علاقمند است.		*				*	رشته‌ی مورد علاقه
نمرات در هر بعد از ۱ تا ۱۲	نمرات حاصل از پرسشنامه EPQ-RS در سه بعد شخصیتی مختلف شامل برون‌گرایی، روان‌رنجوری، و روان‌پریشی				*		*	نمرات در سه بعد شخصیتی برون‌گرایی، روان‌رنجوری، و روان‌پریشی

فصل چهارم: نتایج

۴-۱- میزان مشارکت دانشجویان مقطع کارورزی در مطالعه

جدول ۴-۱: میزان مشارکت دانشجویان مقطع کارورزی در مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	
۸۳/۱٪	۵۴	مشارکت در مطالعه
۱۶/۹٪	۱۱	عدم مشارکت در مطالعه
۱۰۰٪	۶۵	مجموع

جامعه‌ی آماری در این مطالعه عبارت بود از ۶۵ دانشجوی مشغول به تحصیل در مقطع کارورزی رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی قزوین در نیم‌سال اول ۹۴-۹۵ که از این تعداد، ۵۴ نفر برای شرکت در طرح تمایل داشتند. به عبارت دیگر میزان مشارکت کارورزان در این طرح ۸۳/۱ درصد بود (جدول ۴-۱).

۲-۴- توزیع جنسی و میانگین سنی افراد مورد مطالعه

جدول ۲-۴: توزیع جنسی افراد مورد مطالعه

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی
مذکر	۱۶	٪۲۶/۶
مونث	۳۸	٪۷۰/۴
مجموع	۵۴	٪۱۰۰

از ۵۴ کارورزی که در طرح مشارکت داشتند، ۳۸ نفر (۷۰/۴ درصد) مونث، و ۱۶ نفر (۲۶/۶ درصد) مذکر بودند (جدول ۲-۴).

همچنین، میانگین سنی کلی کارورزان شرکت کننده در طرح، ۲۴/۶۷ سال با انحراف معیار ۱/۳۵ سال بود که این میانگین در بین جنس مونث $24/63 \pm 1/40$ سال و در بین جنس مذکر $24/75 \pm 1/24$ سال بود. دو گروه مونث و مذکر از لحاظ میانگین سنی نیز با یکدیگر تفاوتی نداشتند (آزمون تی تست؛ $P=0.76$).

۳-۴- توزیع افراد مورد مطالعه از لحاظ وضعیت تاهل

جدول ۳-۴: توزیع دانشجویان کارورزی از لحاظ وضعیت تاهل

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد فراوانی
متاهل	۱۰	۱۸/۵٪
مجرد	۴۴	۸۱/۵٪
مجموع	۵۴	۱۰۰٪

از ۵۴ کارورزی که در طرح مشارکت داشتند، ۴۴ نفر (۸۱/۵ درصد) مجرد، و ۱۰ نفر (۱۸/۵ درصد) متاهل بودند (جدول ۳-۴).

۴-۴- فروانی رشته‌های مورد علاقه‌ی افراد مورد مطالعه

جدول ۴-۴: فروانی رشته‌های مورد علاقه‌ی کارورزان مورد مطالعه

درصد فراوانی	فراوانی	رشته مورد علاقه
۲۰/۴٪	۱۱	قلب و عروق
۱۱/۱٪	۶	مغز و اعصاب
۱۱/۱٪	۶	چشم
۹/۳٪	۵	جراحی مغز و اعصاب
۷/۴٪	۴	جراحی عمومی
۵/۶٪	۳	ارتوپدی
۵/۶٪	۳	کودکان
۵/۶٪	۳	زنان و زایمان
۳/۷٪	۲	ENT و جراحی سر و گردن
۳/۷٪	۲	داخلی
۳/۷٪	۲	پوست
۳/۷٪	۲	رادیولوژی
۳/۷٪	۲	طب اورژانس
۱/۹٪	۱	روانپزشکی
۱/۹٪	۱	طب هوا و فضا
۱/۹٪	۱	بیهوشی
۱۰۰٪	۵۴	مجموع

جدول ۴-۴، فراوانی رشته‌های مورد علاقه‌ی دانشجویان مقطع کارورزی مورد مطالعه را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، بیشترین علاقه مربوط به رشته‌ی قلب و عروق بود به طوری که ۲۰/۴ درصد از کل کارورزان، علاقمند به ادامه‌ی تحصیل در این رشته بودند. دیگر رشته‌های پر طرفدار به ترتیب فراوانی عبارت بودند از: مغز و اعصاب (۱۱/۱ درصد)، چشم (۱۱/۱ درصد)، جراحی مغز و اعصاب (۹/۳ درصد)، جراحی عمومی (۷/۴ درصد)، ارتوپدی (۵/۶ درصد)، کودکان (۵/۶ درصد)، زنان و زایمان (۵/۶ درصد)، ENT و جراحی سروگردن (۳/۷ درصد)، داخلی (۳/۷ درصد)، پوست (۳/۷ درصد)، رادیولوژی (۳/۷ درصد)، طب اورژانس (۳/۷ درصد)، روانپزشکی (۱/۹ درصد)، طب هوا و فضا (۱/۹ درصد)، و بیهوشی (۱/۹ درصد).

۴-۵- رابطه‌ی جنسیت با رشته‌های مورد علاقه

جدول ۴-۵: فراوانی رشته‌های مورد علاقه‌ی کارورزان مورد مطالعه به تفکیک جنسیت

جنسیت / رشته مورد علاقه	مذکر فراوانی (درصد)	مونث فراوانی (درصد)	مجموع فراوانی (درصد)
قلب و عروق	۴ (٪۲۵)	۷ (٪۱۸/۴)	۱۱ (٪۲۰/۴)
مغز و اعصاب	۱ (٪۶/۲۵)	۵ (٪۱۳/۲)	۶ (٪۱۱/۱)
چشم	۱ (٪۶/۲۵)	۵ (٪۱۳/۲)	۶ (٪۱۱/۱)
جراحی مغز و اعصاب	۳ (٪۱۸/۷۵)	۲ (٪۵/۳)	۵ (٪۹/۳)
جراحی عمومی	۱ (٪۶/۲۵)	۳ (٪۷/۹)	۴ (٪۷/۴)
ارتوپدی	۳ (٪۱۸/۷۵)	۰	۳ (٪۵/۶)
کودکان	۱ (٪۶/۲۵)	۲ (٪۵/۳)	۳ (٪۵/۶)
زنان و زایمان	۰	۳ (٪۷/۹)	۳ (٪۵/۶)
ENT و جراحی سروگردن	۰	۲ (٪۵/۳)	۲ (٪۳/۷)
داخلی	۰	۲ (٪۵/۳)	۲ (٪۳/۷)
پوست	۰	۲ (٪۵/۳)	۲ (٪۳/۷)
رادیولوژی	۱ (٪۶/۲۵)	۱ (٪۲/۶)	۲ (٪۳/۷)
طب اورژانس	۰	۲ (٪۵/۳)	۲ (٪۳/۷)
روانپزشکی	۰	۱ (٪۲/۶)	۱ (٪۱/۹)
طب هوا و فضا	۰	۱ (٪۲/۶)	۱ (٪۱/۹)
بیهوشی	۱ (٪۶/۲۵)	۰	۱ (٪۱/۹)
مجموع	۱۶	۳۸	۵۴

جدول ۴-۵، فروانی رشته‌های مورد علاقه‌ی کارورزان مورد مطالعه را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، بیشترین علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص در هر دو جنس در رشته‌ی قلب و عروق بود به طوری که ۲۵ درصد از دانشجویان مذکر، و ۱۸/۴ درصد از دانشجویان مونث علاقمند به تحصیل در این رشته بودند. از دیگر نکاتی که از این نتایج مشاهده می‌شود عبارتست از اینکه هیچ کدام از کارورزان دختر، رشته‌ی ارتوپدی یا بیهوشی را انتخاب نکرده بودند. آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین جنسیت و رشته‌های مورد علاقه برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص، تفاوت آماری معنادار وجود ندارد (آزمون دقیق فیشر؛ $P=0.286$).

۶-۴- نمره افراد مورد مطالعه در سه تیپ شخصیتی آیزنک

جدول ۶-۴: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک

انحراف معیار	میانگین	نمره مقیاس شخصیتی
۱/۴۳	۴/۰۹	روان‌پریشی (P)
۲/۷۵	۵/۰۴	روان‌رنجوری (N)
۲/۳۸	۸/۸۹	برون‌گرایی (E)

جدول ۶-۴، میانگین نمرات دانشجویان مقطع کارورزی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند را در سه مقیاس شخصیتی آیزنک نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، این دانشجویان نمرات بالاتری در مقیاس برون‌گرایی نسبت به دو مقیاس روان‌رنجوری، و روان‌پریشی کسب کرده‌اند. همچنین، میانگین نمرات دانشجویان در مقیاس روان‌رنجوری نیز بیشتر از مقیاس روان‌پریشی بوده است.

۴-۷- رابطه‌ی بین تیپ‌های شخصیتی و جنسیت

جدول ۴-۷: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک جنسیت

آزمون تی تست			مونث	مذکر	جنسیت تیپ شخصیتی
P-Value	درجه آزادی	آماره			
۰/۱۱۸	۵۲	۱/۵۸۸	۳/۸۹±۱/۴۱	۴/۵۶±۱/۴۱	روان‌پریشی (P)
۰/۶۳۷	۵۲	۰/۴۷۵	۴/۹۲±۲/۵۵	۵/۳۱±۳/۲۴	روان‌رنجوری (N)
۰/۱۴۱	۵۲	۱/۴۹۴	۸/۵۸±۲/۵۱	۹/۶۲±۱/۸۹	برون‌گرایی (E)

جدول ۴-۷، میانگین نمرات دانشجویان مقطع کارورزی را در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک جنسیت نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمرات دانشجویان پسر در هر سه مقیاس بیشتر از نمرات دانشجویان دختر بود. ولی، آزمون تی تست نشان داد که این اختلاف در بین دو جنس در هیچ یک از مقیاس‌های روان‌پریشی، روان‌رنجوری، و برون‌گرایی از لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P>0.05$).

۸-۴- رابطه‌ی بین تیپ‌های شخصیتی و رشته‌ی مورد علاقه

جدول ۸-۴: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک رشته‌های مورد علاقه^۱

تیپ شخصیتی رشته	روان‌پریشی (P)	روان‌رنجوری (N)	برون‌گرایی (E)
قلب و عروق	۴/۱۸±۱/۳۳	۴/۶۴±۳/۱۷	۹/۳۶±۱/۳۶
مغز و اعصاب	۴/۸۳±۱/۶۰	۵/۵±۲/۲۶	۸/۰±۳/۷۹
چشم	۴/۸۳±۱/۴۷	۶/۱۷±۲/۴۸	۸/۵±۳/۲۷
جراحی مغز و اعصاب	۴/۴±۰/۵۵	۳/۸±۲/۵۹	۸/۴±۲/۸۸
جراحی عمومی	۴/۰±۰/۸۲	۶/۰±۳/۸۳	۱۰/۲۵±۱/۷۱
ارتوپدی	۵/۳۳±۱/۱۵	۲/۰±۱/۰	۹/۶۷±۲/۳۱
کودکان	۲/۶۷±۰/۵۸	۳/۶۷±۱/۵۳	۹/۶۷±۲/۱
زنان و زایمان	۲/۳۳±۱/۵۴	۶/۳۳±۱/۵۳	۸/۳۳±۲/۰۸
ENT و جراحی سروگردن	۲/۵±۰/۷۱	۷/۸±۲/۱۲	۱۰/۰±۱/۴۱
داخلی	۲/۰±۰/۰	۲/۰±۱/۴۱	۹/۰±۱/۴۱
پوست	۳/۵±۸۲۸/۱۲	۶/۰±۲/۸۳	۸/۰±۵/۶۶
رادیولوژی	۳/۵±۲/۱۵	۷/۵±۰/۷۱	۸/۰±۰/۰
طب اورژانس	۵/۵±۰/۷۱	۴/۵±۲/۱۲	۶/۵±۰/۷۱
کل	۴/۰۹±۱/۴۳	۵/۰۴±۲/۷۵	۸/۸۹±۲/۳۸
P-Value (ANOVA)	۰/۰۱۹	۰/۲۶۳	۰/۸۷۴

^۱ در این جدول از نتایج مربوط به سه رشته‌ی روانپزشکی، طب هوا و فضا، و بیهوشی به دلیل کم بودن تعداد دانشجویان علاقمند به ادامه‌ی تحصیل در آنها صرف‌نظر شده است (تنها ۱ دانشجو در هر رشته).

جدول ۴-۸، میانگین نمرات دانشجویان مقطع کارورزی را در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک رشته‌های مورد علاقه نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، بالاترین نمره در مقیاس روان‌پریشی، روان‌رنجوری، و برون‌گرایی به ترتیب مربوط به دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در رشته‌های طب اورژانس، ENT و جراحی سر و گردن، و جراحی عمومی بود.

جدول ۴-۹: نتایج آزمون ANOVA برای بررسی رابطه‌ی بین روان‌پریشی و رشته‌های مورد علاقه دانشجویان

منبع تغییرات	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	P-Value
بین گروه‌ها	۱۲	۴۶/۳۲۰	۳/۸۶۰	۲/۴۲۴	۰/۰۱۹
درون گروه‌ها	۳۸	۶۰/۵۰۳	۱/۵۹۲		
مجموع	۵۰	۱۰۶/۸۲۴	-		

جدول ۴-۱۰: نتیجه‌ی بررسی یکنواختی واریانس‌ها در بررسی رابطه‌ی بین مقیاس روان‌پریشی و رشته‌های مورد علاقه دانشجویان با استفاده از آزمون Levene

آماره آزمون	درجه آزادی (بین گروه‌ها)	درجه آزادی (درون گروه‌ها)	سطح معنی‌داری	نتیجه
۱/۷۲۸	۱۲	۳۸	۰/۰۹۹	قبول برابری واریانس‌ها

جدول ۴-۱۱: نتیجه آزمون Dunnett به منظور مقایسه‌ی دو به دو رشته‌های مورد علاقه دانشجویان از نظر اختلاف مقیاس روان‌پریشی

گروه کنترل	سایر گروه‌ها	اختلاف میانگین دو گروه	P-Value
طب اورژانس	قلب و عروق	۱/۳۱۸	۰/۳۴۶
	مغز و اعصاب	۰/۶۶۷	۰/۶۶۵
	چشم	۰/۶۶۷	۰/۶۶۵
	جراحی مغز و اعصاب	۱/۱	۰/۴۸۶
	جراحی عمومی	۱/۵	۰/۳۴۰
	ارتوپدی	۰/۱۶۷	۰/۸۴۶
	کودکان	۲/۸۳۳	۰/۰۵۶
	زنان و زایمان	۳/۱۶۷	۰/۰۳۰
	ENT و جراحی سروگردن	۳	۰/۰۶۷
	داخلی	۳/۵	۰/۰۲۸
	پوست	۲	۰/۲۵۸
	رادیولوژی	۲	۰/۲۵۸

به منظور مقایسه‌ی میانگین نمرات کسب شده توسط دانشجویان در این سه مقیاس براساس رشته‌ی مورد علاقه‌ی آنها از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد که مقدار P-Value این آزمون در همان جدول ۴-۸ آمده است. این آزمون نشان داد که دانشجویانی که برای ادامه‌ی تحصیل به رشته‌های مختلف علاقه‌مند بودند، از لحاظ دو مقیاس روان‌رنجوری و برون‌گرایی با یکدیگر تفاوتی نداشتند ($P>0.05$) ولی از لحاظ مقیاس روان‌پریشی با یکدیگر تفاوت آماری معنادار داشتند ($P=0.019$) که جدول ۴-۹، جزئیات آزمون ANOVA را به ازای داده‌های روان‌پریشی و رشته‌های مورد علاقه دانشجویان نشان می‌دهد.

به دلیل این که همانطور که ذکر شد، بین مقیاس روان‌پریشی و رشته‌های مورد علاقه دانشجویان رابطه‌ی آماری معنادار وجود داشت (آزمون ANOVA؛ $P=0.019$)، بنابراین به منظور یافتن این موضوع که این اختلاف دقیقاً بین کدام رشته‌ها است در ادامه از آزمون Post Hoc استفاده شد. به منظور انتخاب آزمون Post Hoc مناسب نیز از آزمون یکنواختی واریانس‌ها (Levene) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴-۱۰ آمده است. با توجه به این جدول، از آنجا که آزمون Levene که تفاوت آماری بین واریانس گروه‌های مختلف را نشان می‌دهد، معنی‌دار نبود ($P=0.099, >0.05$)، بنابراین به منظور مقایسه‌ی دو به دوی رشته‌های مختلف با یکدیگر از آزمون Dunnett استفاده شد. در این آزمون نیز، گروه طب اورژانس به خاطر دارا بودن بیشترین نمره در مقیاس روان‌پریشی، به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. نتایج حاصله در جدول ۴-۱۱ آمده است. همانطور که از این جدول مشاهده می‌شود، اختلاف مذکور مربوط به علاقه‌مندان رشته‌ی طب اورژانس با رشته‌ی زنان و زایمان ($P=0.030$) و با رشته‌ی داخلی ($P=0.028$) بوده است. به عبارت دیگر، دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در رشته‌ی طب اورژانس در مقایسه با دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌ی زنان و زایمان و داخلی به طور قابل توجهی دارای نمرات بیشتر در مقیاس روان‌پریشی بودند.

جدول ۴-۱۲: میانگین نمره‌ی کارورزان در سه مقیاس شخصیتی آیزنک به تفکیک رشته‌های جراحی و غیرجراحی

رشته تیپ شخصیتی	رشته‌های جراحی	رشته‌های غیرجراحی	آزمون تی تست		
			آماره	درجه آزادی	P-Value
روان‌پریشی (P)	۳/۹۱±۰/۹۴	۴/۱۴±۱/۵۴	۰/۴۷۳	۵۲	۰/۶۳۸
روان‌رنجوری (N)	۵/۲۷±۳/۱۳	۴/۹۸±۲/۶۸	۰/۳۱۶	۵۲	۰/۷۵۳
برون‌گرایی (E)	۹/۳۶±۲/۲۹	۸/۷۷±۲/۴۱	۰/۷۳۹	۵۲	۰/۴۶۳

همچنین، به منظور مقایسه‌ی کلی دانشجویان علاقمند به رشته‌های جراحی با رشته‌های غیرجراحی، میانگین نمرات دانشجویان در سه مقیاس روان‌پریشی (P)، روان‌رنجوری (N)، و برون‌گرایی (E) به تفکیک رشته‌های جراحی و غیرجراحی مقایسه شد که جدول ۴-۱۲ نتایج مربوطه را نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود، نمرات دانشجویان علاقمند به رشته‌های جراحی در مقیاس‌های روان‌رنجوری و برون‌گرایی، و نمرات دانشجویان علاقمند به رشته‌های غیر جراحی در مقیاس روان‌پریشی بیشتر بود. با این حال، آزمون تی تست نشان داد که این اختلاف در بین دو گروه جراحی و غیر جراحی در هیچ یک از مقیاس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود ($P>0.05$).

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۵-۱- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه‌ی ما نشان داد که علاقه‌مندی دانشجویان کارورزی برای ادامه‌ی تحصیل در مقطع تخصص پزشکی به ترتیب عبارت بود از: قلب و عروق (۲۰/۴٪)، مغز و اعصاب (۱۱/۱ درصد)، چشم (۱۱/۱ درصد)، جراحی مغز و اعصاب (۹/۳ درصد)، جراحی عمومی (۷/۴ درصد)، ارتوپدی (۵/۶ درصد)، کودکان (۵/۶ درصد)، زنان و زایمان (۵/۶ درصد)، ENT و جراحی سروگردن (۳/۷ درصد)، داخلی (۳/۷ درصد)، پوست (۳/۷ درصد)، رادیولوژی (۳/۷ درصد)، طب اورژانس (۳/۷ درصد)، روانپزشکی (۱/۹ درصد)، طب هوا و فضا (۱/۹ درصد)، و بیهوشی (۱/۹ درصد). همچنین در مطالعه‌ی ما بین جنسیت و رشته‌ی مورد علاقه ارتباطی مشاهده نشد ($P=0.286$).

مطالعه‌ی Buddeberg و همکاران [۴۹] نشان داد که رشته‌های مقطع تخصصی مورد علاقه پزشکان عمومی به شرح زیر بود: ۴۵ نفر (۸/۶٪) مراقبت‌های اولیه، ۱۲۶ نفر (۲۴/۱٪) طب داخلی، ۶۸ نفر (۱۳٪) تخصص‌های جراحی، ۳۱ نفر (۵/۹٪) زنان و زایمان، ۴۰ نفر (۷/۷٪) بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، ۴۴ نفر (۸/۴٪) اطفال، ۲۵ نفر (۴/۸٪) روانپزشکی، و ۶۰ نفر (۱۱/۵٪) سایر رشته‌ها. در این مطالعه زنان بیشتر به رشته‌های زنان و زایمان، اطفال، و بیهوشی، و مردان بیشتر به تخصص‌های جراحی تمایل داشتند و بین دیگر رشته‌ها تفاوتی از نظر جنسیت مشاهده نکردند. در مطالعه‌ی Zeldow و Daugherty [۵۰]، دانشجویان براساس علاقه‌مندی به رشته‌ی تخصص در یکی از ۷ گروه زیر قرار گرفتند: داخلی، جراحی، خانواده، اطفال، روانپزشکی، زنان و زایمان، و تخصص‌های مبتنی بر بیمارستان. در مطالعه‌ی Mehmood و همکاران [۵۲]، جراحی محبوب‌ترین رشته‌ی تخصصی در بین زنان و مردان بود.

در مطالعه‌ی ما، نمرات دانشجویان در مقیاس برون‌گرایی نسبت به دو مقیاس روان‌رنجوری، و روان‌پریشی بالاتر بود، و میانگین نمرات دانشجویان در مقیاس روان‌رنجوری نیز بیشتر از مقیاس

روان‌پریشی بود. همچنین، نمرات دانشجویان پسر در هر سه مقیاس بیشتر از نمرات دانشجویان دختر بود ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنادار نبود.

به طور کلی در مراجع اشاره شده است که مردان عموماً در بعد روان‌پریش‌خویی نمرات بالاتری از زنان کسب می‌کنند [۴۰]. یافته‌های مطالعه‌ی Hojat و Zuckerman [۴۸] نشان داد که به طور کلی مردان دارای نمرات بالاتر در مقیاس هیجان‌خواهی تکانشی و زنان دارای نمرات بالاتری در مقیاس‌های اضطراب-روان‌رنجورخویی و فعالیت بودند. یافته‌های Mahmood و همکاران [۵۲] نیز نشان داد که نمرات مردان به طور قابل توجهی در مقیاس هیجان‌طلبی تکانشی بالاتر بود.

یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد که بالاترین نمره در مقیاس روان‌پریشی به دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در رشته‌ی طب اورژانس بود. شاید یک علت برای این مساله آن است که شرایط و محیط کاری رشته طب اورژانس با تنش و استرس بیشتری همراه است. به طور کلی کسانی که از نظر روان‌پریشی بالا هستند، پرخاشگر، مصمم، خود محور، و بی‌رحم می‌باشند. از سوی دیگر، افرادی که در روان‌پریش‌خویی نمره‌ی بالایی می‌گیرند می‌توانند بسیار خلاق نیز باشند [۴۰].

همچنین، یافته‌های ما نشان داد که بالاترین نمره در مقیاس روان‌رنجوری مربوط به دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در رشته‌ی ENT و جراحی سر و گردن بود. افراد روان‌رنجور به صورت مضطرب، افسرده، تنیده، غیر منطقی و دمدمی توصیف می‌شوند. کسانی که از لحاظ روان‌رنجورخویی دارای نمرات بالا هستند، در آن نواحی مغز که شاخه سمپاتیک سیستم عصبی اتونوم را کنترل می‌کنند فعالیت بیشتری را نشان می‌دهند. این سیستم هشدار دهنده‌ی بدن است که با افزایش دادن سرعت تنفس، ضربان قلب، جریان خون به عضلات، و آزاد شدن آدرنالین به رویدادهای استرس‌زا یا خطرناک پاسخ می‌دهد. این وضعیت به افزایش تهییج‌پذیری در پاسخ به تقریباً هر موقعیت دشواری منجر می‌شود [۳۶، ۳۷].

در رابطه با مقیاس برون‌گرایی نیز یافته‌های ما نشان داد که بالاترین نمره مربوط به دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در رشته‌ی جراحی عمومی بود. برون‌گرایان به سمت دنیای بیرون گرایش دارند، همنشینی با دیگران را ترجیح می‌دهند و معاشرتی، تکانشی، مخاطره جو، جسور، و سلطه جو هستند. سطح پایه انگیزتگی مغز برون‌گرایان پایین‌تر از درون‌گرایان است. چون سطح انگیزتگی مغز برون‌گرایان پایین است، به برانگیزتگی و تحریک نیاز دارند و فعالانه آن را جستجو می‌کنند [۳۶].

در رابطه با ارتباط بین رشته‌ی مورد علاقه و تیپ‌های شخصیتی، یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد که دانشجویانی که برای ادامه‌ی تحصیل به رشته‌های مختلف علاقه‌مند بودند، به طور کلی از لحاظ دو مقیاس روان‌رنجوری و برون‌گرایی با یکدیگر تفاوتی نداشتند ($P > 0.05$) ولی از لحاظ مقیاس روان‌پریشی با یکدیگر تفاوت آماری معنادار داشتند ($P = 0.019$). آزمون Dunnett نشان داد که اختلاف مذکور، مربوط به علاقه‌مندان رشته‌ی طب اورژانس با رشته‌ی زنان و زایمان ($P = 0.030$) و رشته‌ی داخلی ($P = 0.028$) بود. به عبارت دیگر، دانشجویان علاقه‌مند به ادامه‌ی تحصیل در طب اورژانس در مقایسه با دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌ی زنان و زایمان و داخلی به طور قابل توجهی دارای نمرات بیشتر در مقیاس روان‌پریشی بودند.

یافته‌های مطالعه‌ی Hojat و Zuckerman [۴۸] نشان داد که دانشجویان علاقه‌مند به تخصص‌های جراحی به طور قابل توجهی دارای نمرات بالاتر در مقیاس هیجان‌خواهی تکانشی و نمرات پایین‌تر در مقیاس اضطراب-روان‌رنجورخویی بودند. در رابطه با مقیاس مردم‌آمیزی نیز، دانشجویان علاقه‌مند به تخصص‌های مبتنی بر بیمارستان دارای نمرات کمتر و دانشجویان علاقه‌مند به رشته‌های مرتبط با مراقبت‌های اولیه دارای نمرات بالاتری در این مقیاس بودند. مطالعه‌ی Buddeberg و همکاران [۴۹] نشان داد که صفات شخصیتی اثر خود را با واسطه اهداف انتخابی افراد اعمال می‌کنند و خود به صورت مستقیم در انتخاب رشته دستکاری موثر نیستند. مطالعه‌ی Zeldow و Daugherty [۵۰] نشان داد که

صفات شخصیتی در انتخاب رشته‌هایی مانند جراحی اثرگذار بودند در حالیکه در انتخاب رشته‌های زنان، روانپزشکی و اطفال موثر نبودند. یافته‌های مطالعه‌ی Lydon و همکاران [۵۱] نشان داد که مابین پزشکان مشغول در تخصص‌های مختلف، اختلاف شخصیتی وجود ندارد. با این وجود، در بین دانشجویانی که در مقاطع پایه آموزش پزشکی بودند، علاقمندان به تخصص‌های person-focused به طور قابل توجهی دارای نمرات بالاتری در برونگرایی ($P < 0.001$) و وجدان ($P = 0.001$)، و نمرات پایین‌تری در روانرنجوری ($P = 0.01$) بودند. مطالعه‌ی Mehmood و همکاران [۵۲] نشان داد که نمرات دانشجویان علاقمند به رشته‌های جراحی به طور قابل توجهی در مقیاس‌های هیجان‌طلبی تکانشی، روانرنجوری، پرخاشگری خصومت، و جامعه‌پذیری بالاتر بود.

۵-۲- نتیجه‌گیری نهایی

به عنوان نتیجه‌گیری نهایی از این تحقیق باید گفت که یافته‌های مطالعه‌ی ما نشان داد دانشجویان علاقمند به طب اورژانس در مقایسه با دانشجویان علاقه‌مند به زنان و زایمان و داخلی به طور قابل توجهی دارای نمرات بالاتر در مقیاس روان‌پریشی بودند. و به طور کلی باید گفت که دانستن ویژگیهای شخصیتی از یک سو می‌تواند به خود دانشجویان در جهت انتخاب رشته‌ی تحصیلی متناسب با خصوصیات فردی کمک کند و از سوی دیگر می‌تواند به مسئولین مربوطه در تعیین راهبردهای مناسب برای ایجاد تغییرات مورد نظر کمک‌کننده باشد. البته با توجه به محدود بودن جامعه‌ی آماری به دانشجویان رشته‌ی پزشکی دانشگاه قزوین، باید به منظور تعمیم و تایید نتایج، حتما مطالعات وسیع‌تری در سطح کشوری و با جامعه‌ی آماری بالا انجام گیرد.

۵-۳- محدودیت‌های پژوهش

مهم‌ترین محدودیت مطالعه‌ی حاضر مربوط به کم بودن جامعه‌ی آماری مورد مطالعه بود که فقط به دانشگاه علوم پزشکی قزوین محدود می‌شد، بنابراین بایستی در تعمیم نتایج به کل جامعه‌ی پزشکان احتیاط کرد. از این رو، پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت موضوع، در آینده مطالعات وسیع‌تری در سطح کشوری و با در نظر گرفتن جامعه‌ی آماری بزرگتر انجام گیرد.

۵-۴- پیشنهادها

از آنجا که آموزش پزشکان در مقطع تخصصی به عنوان یکی از مهمترین افرادی که به طور مستقیم با جان انسان‌ها و سلامتی جامعه سروکار دارند، می‌تواند سهم بسزایی در رشد و توسعه‌ی نظام سلامت کشور داشته باشد و از آنجا که علاقه‌مندی به حرفه یکی از مهمترین پیش شرط‌های آرایه خدمات با کیفیت مناسب به بیماران می‌باشد، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های متولی امر در هدایت صحیح فارغ‌التحصیلان پزشکی به مقطع تخصص و کمک به افزایش نزدیکی و ارتباط میان علایق و رشته تحصیلی اقدام کنند تا از هدر رفتن استعداد و منابع ملی جلوگیری به عمل آید.

از طرفی با توجه به این که در دنیا نیز تغییرات اساسی در نحوه‌ی پذیرش دانشجویان پزشکی در مقاطع مختلف رخ داده است، به طوری که هم اکنون به صورت گسترده این اصل پذیرفته شده که ورود به دانشکده پزشکی در سطوح مختلف نباید تنها براساس معیارهای علمی باشد، بنابراین پیشنهاد می‌شود همانند بسیاری از دانشکده‌های پزشکی معتبر، پذیرش دانشجو در کشور نیز بر اساس سنجش ویژگی‌های شخصیتی در کنار توانمندی‌های علمی فرد انجام گیرد، از طرفی متناسب بودن ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی شرکت‌کننده‌ها با اهداف حرفه‌ای و مسئولیت‌های سازمانی آنان نیز از ملزومات ورود به رشته تلقی گردد [۱۶-۱۳].

فهرست منابع و مراجع

1. Sattari M, Jamalian SR, Seif Aleslami SAR. [Study of the nursing, midwifery and health students' views about own future]. Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services. 2001; 7(4(Suppl)): 15-19. [Persian]
2. Fattahi Z, Javadi Y, Nakhaei N. [A survey on dentistry students' satisfaction with their discipline and some of the related factors]. Strides In Development of Medical Education. 2004; 1(1): 32-40.[Persian]
3. Motlagh M, Elhampour H, Shakurnia A. [Factors Affecting Students' Academic Failure in Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2005]. IJME. 2008; 8(1): 91-99. [Persian]
4. Edraki M, Rambod M, Abdoli R. [The Relationship between Nursing Students' educational Satisfaction and their academic success]. IJME. 2011; 11(1): 32-39. [Persian]
5. Pascarella ET, Terenzini PT, Feldman KA. How college affects students: Jossey-Bass San Francisco, CA; 2005.
6. Csikszentmihalyi M, Wong MM-h. Motivation and academic achievement: The effects of personality traits and the quality of experience. Applications of Flow in Human Development and Education: Springer; 2014. p. 437-65.
7. Mischel W. Personality and assessment: Psychology Press; 2013.
8. Duff A, Boyle E, Dunleavy K, Ferguson J. The relationship between personality, approach to learning and academic performance. Personality and individual differences. 2004;36(8):1907-20.
9. Rice CD, Glaros AG, Shouman R, Hlavacek M. Career Choice and occupational perception in accelerated option and traditional dental students. Journal of Dental Education. 1999 ; 63 (4): 354-358.
10. Zarghami M, Ghaffari Saravi V, Khalilian A, Sefidchian A. Factors influencing the specialty field choices of medical school graduates. JBUMS. 2003; 5 (5) :18-23.
11. Eysenck HJ. The definition of personality disorders and the criteria appropriate for their description. Journal of Personality Disorders 1987; 1: 211-219.
12. Revelle W. Expanding Eysenck's toolbox: Beyond correlational and experimental research. 2013.

13. Lumsden MA, Bore M, Millar K, Jack R, Powis D. Assessment of personal qualities in relation to admission to medical school. *Med Educ* 2005; 39:258-65.
14. Marley J, Carman I. Selecting medical students: a case report of the need for change. *Med Educ* 1999; 33:455-9.
15. Parry J, Mathers J, Stevens A, Parsons A, Lilford R, Spurgeon P, Thomas H: Admissions processes for five year medical courses at English schools: review. *Bmj* 2006; 332(7548):1005-1009.
16. Roding K. Perceptions of admission committee members: some aspects on individual admission to dental education at Karolinska Institutet. *Eur J Dent Educ* 2005; 9(3):115-22.
17. Askari S, Zakiei A, Alikhan M. Personality characteristics and locus of control in relation to readiness for addiction among male university students. *Psychological Science* 2011; 10(40): 485-498.
18. Taylor E. The mystery of personality: A history of psychodynamic theories: Springer Science & Business Media; 2009.
19. Allen BP. Personality theories: Development, growth, and diversity: Pearson College Division; 2006.
20. Pervin LA, John OP. Handbook of personality: Theory and research: Elsevier; 1999.
۲۱. شاملو، سعید. مکتب‌ها و نظریه‌ها و روان‌شناسی شخصیت. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد. ۱۳۸۶.
22. Matheny AP, Dolan AB. Persons, situations, and time: A genetic view of behavioral change in children. *Journal of personality and social psychology*. 1975;32(6):1106.
23. Dworkin RH. Genetic and environmental influences on person-situation interactions. *Journal of Research in Personality*. 1979;13(3):279-93.
24. Magai C, Nusbaum B. Personality change in adulthood. *Handbook of emotion, adult development, and aging*. 1996:403-20.
25. Caspi A, Shiner RL. Personality development. *Handbook of child psychology*. 2006.
26. Pomerantz EM, Thompson RA. Parents Role in Children's Personality Development. *Handbook of Personality-Theory and Research*. 2008:351-74.

27. McAdams DP. Can personality change? Levels of stability and growth in personality across the life span. 1994.
28. Santrock JW. Psychology: Essentials: McGraw-Hill Boston; 2003.
۲۹. گروسی فرشی، م. ت. رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). چاپ اول. تبریز: نشر دانیال و جامعه پژوه. ۱۳۸۰.
۳۰. اتکینسون، ریتا، ال؛ اتکینسون، ریچارد، اس؛ هیلگارد، ارنست، آر، زمینه روانشناسی. ترجمه: براهنی. جلد دوم. تهران. انتشارات رشد، ۱۳۸۰.
۳۱. کارل، هافمن و ورنوی، مارک و ورنوی، جودیت. روانشناسی عمومی (از نظریه تا کاربرد). ترجمه: منصوری م. سیدمحمدی ی. بحیرایی ه. و پژوهان م. تهران، انتشارات ارسباران. ۱۳۸۶.
۳۲. پروین، لارنس، ا؛ جان، الیور، بی. روانشناسی شخصیت نظریه و پژوهش. ترجمه: جوادی م. و کدیور پ.، تهران: نشر آیش، ۱۳۸۱.
33. Schultz D, Schultz S. Theories of personality: Cengage Learning; 2012.
۳۴. شاملو س. مکتب‌ها و نظریه‌ها در روانشناسی شخصیت. تهران، نشر رشد، ۱۳۹۰.
۳۵. گنجی ح.، گنجی م.، نظریه‌های شخصیت، تهران، نشر ساوالان، ۱۳۹۳.
36. Eysenck HJ. Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. Journal of personality. 1990;58(1):245-61.
37. Eysenck HJ. Personality and experimental psychology: The unification of psychology and the possibility of a paradigm. Journal of Personality and social Psychology. 1997;73(6):1224.
38. Lucas RE, Fujita F. Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. Journal of personality and social psychology. 2000;79(6):1039.
39. Stelmack RM. Toward a paradigm in personality: Comment on Eysenck's (1997) view. 1997.

40. Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(5):818.
41. Viken RJ, Rose RJ, Kaprio J, Koskenvuo M. A developmental genetic analysis of adult personality: extraversion and neuroticism from 18 to 59 years of age. *Journal of personality and social psychology*. 1994;66(4):722.
42. Carmichael CM, McGue M. A longitudinal family study of personality change and stability. *Journal of Personality*. 1994;62(1):1-20.
43. McCrae RR, Costa Jr PT, Terracciano A, Parker WD, Mills CJ, De Fruyt F, et al. Personality trait development from age 12 to age 18: Longitudinal, cross-sectional and cross-cultural analyses. *Journal of personality and social psychology*. 2002;83(6):1456.
44. Watson D, Clark LA, McIntyre CW, Hamaker S. Affect, personality, and social activity. *Journal of personality and social psychology*. 1992;63(6):1011.
45. Amirkhan JH, Risinger RT, Swickert RJ. Extraversion: A "hidden" personality factor in coping? *Journal of personality*. 1995;63(2):189-212.
46. Anderson C, John OP, Keltner D, Kring AM. Who attains social status? Effects of personality and physical attractiveness in social groups. *Journal of personality and social psychology*. 2001;81(1):116.
47. Magnus K, Diener E, Fujita F, Pavot W. Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: a longitudinal analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1993;65(5):1046.
48. Hojat M, Zuckerman M. Personality and specialty interest in medical students. *Medical teacher*. 2008;30(4):400-6.
49. Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T, Buddeberg C. Swiss residents' speciality choices—impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. *BMC Health Services Research*. 2006;6(1):137.
50. Zeldow PB, Daugherty SR. Personality profiles and specialty choices of students from two medical school classes. *Academic Medicine*. 1991;66(5):283-7.
51. Lydon S, O'Connor P, McVeigh T, Offiah C, Byrne D. Medical speciality choice: does personality matter? *Irish medical journal*. 2015;108(3):75-8.

52. Mehmood SI, Khan MA, Walsh KM, Borleffs JC. Personality types and specialist choices in medical students. Medical teacher. 2013;35(1):63-8.

۵۳. بخشی پوررودسری عباس، باقریان خسروشاهی صنم، ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تجدیدنظر

شده شخصیت آیزنک - فرم کوتاه (EPQ-RS)، روانشناسی معاصر: پاییز ۱۳۸۵، دوره ۱، شماره ۲: ۳-۳-